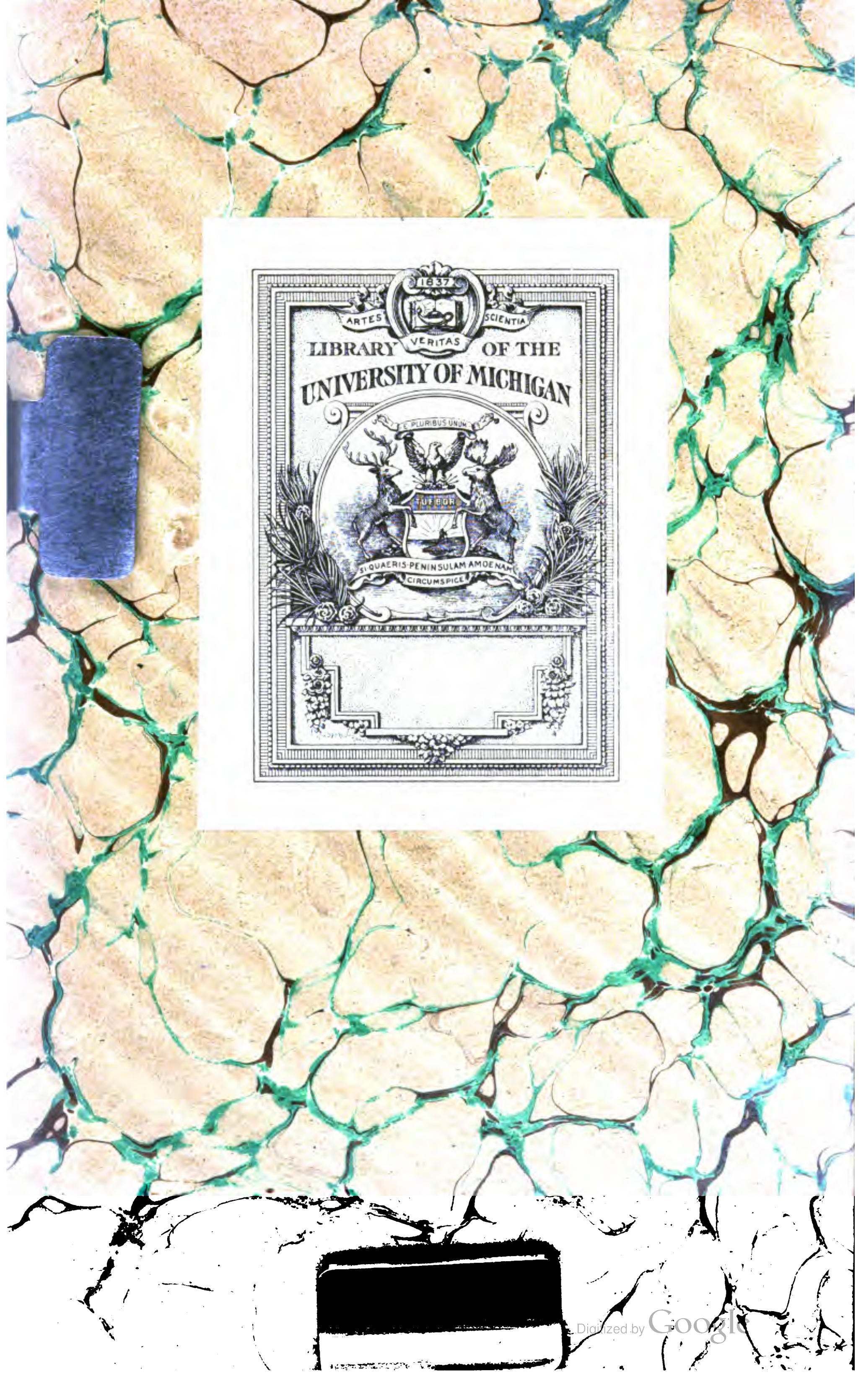

B 3 9015 00207 789 2
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE
DES ENFANTS IDIOTS, ÉPILEPTIQUES ET ARRIÉRÉS DE BICÊTRE
PENDANT L'ANNÉE 1888

PAR

BOURNEVILLE
MÉDECIN DE BICÊTRE

COURBARIEN, RAOULT, SOLLIER
INTERNES DU SERVICE

Volume IX avec 25 figures dans le texte.

PARIS

Aux Bureaux du PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14

E. LECROSNIER et BABÉ
LIBRAIRES-ÉDITEURS
Place de l'École-de-Médecine

1889

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1888.

PREMIÈRE PARTIE.

Histoire du service pendant l'année 1888. — Nouveaux pavillons de dortoirs. — Pavillon des cellules.

I

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

La section des enfants comprend trois groupes : 1° les *enfants idiots*, *gâteux*, *épileptiques ou non*, mais INVALIDES ; — 2° les *enfants idiots*, *gâteux ou non gâteux*, *épileptiques ou non*, mais VALIDES ; — 3° les *enfants propres*, *valides*, *imbéciles*, *arriérés*, *épileptiques et hystériques ou non*.

I. *Enfants idiots*, *gâteux*, *épileptiques ou non*, mais INVALIDES. — On sait qu'ils se subdivisent en deux catégories : la première est composée d'enfants gâteux invalides, dont la plupart sont susceptibles d'amélioration ; l'autre, d'enfants tout à fait incurables ou d'enfants atteints d'épilepsie ou de méningo-encéphalite, devenus gâteux sous l'influence des accès ou des poussées congestives qui les compliquent. Ces derniers ne sont plus que l'objet de soins hygiéniques. Quant aux premiers, ils sont soumis à un certain nombre d'exercices que nous avons décrits précédemment et sur lesquels nous ne reviendrons pas. Nous nous bornerons à dire que, aussitôt qu'ils sont capables de mar-

cher (*fig.* 1), ils sont envoyés à la petite école le matin, puis toute la journée.

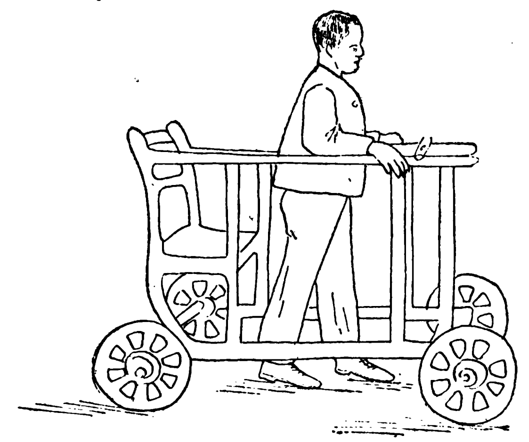


Fig. 1. — Modèle de l'un des chariots.

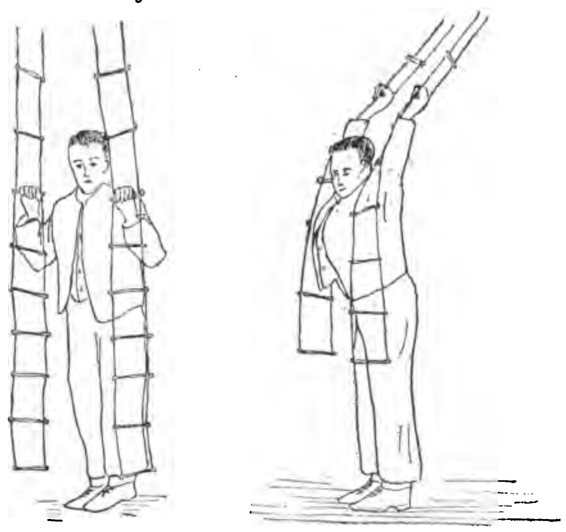


Fig. 2. *Fig.* 3.

II. *Enfants idiots, gâteux ou non gâteux, épileptiques ou non, mais* VALIDES. — Ces enfants fréquentent

la *petite école*, confiée exclusivement à des femmes. 203 y ont été inscrits dans l'année. Sur ce nombre, 7 sont décédés ; 9 sont sortis définitivement ; 3 ont été transférés. Tous les enfants sont exercés à la *petite gymnastique* (système Pichery) ; 172 exécutent les mouvements plus ou moins bien ; 5 les exécutent très bien et prennent part en outre aux exercices de la grande gymnastique ; 45 se servent de la cuiller seulement ; 70 de la cuiller et de la fourchette ; 62 se servent de la cuiller, de la fourchette et du couteau ; 7 enfants gâteux sont devenus propres (1), grâce au procédé employé qui consiste à les placer, à des heures régulières, sur les sièges d'aisances que nous avons décrits (2), au lever, au coucher, après chaque repas. 36 enfants de la petite école vont aux ateliers une demi-heure par jour (menuisier, 1 ; cordonniers, 6 ; rempailleurs, 3 ; vanniers, 6 ; tailleurs, 20). Les *leçons de toilette* (lavage de la figure, des mains, propreté de la chevelure, etc.), les *lecons de choses*, les *promenades avec interrogations*, l'*éducation des sens* forment, comme toujours, la base de l'enseignement.

Nous croyons devoir entrer cette année dans quelques développements, surtout au sujet de cette dernière partie de l'enseignement. Tout d'abord un mot de la *petite gymnastique*. Nous avons dit naguère (3) comment nous l'avions introduite à Bicêtre, et rappelé le bienveillant concours que nous avait donné M. Pichery, inventeur du système que nous employons. Les appareils se composent : 1° d'échelles doubles en cordes, avec traverses cylindriques en bois ; 2° de ressorts à boudin double, avec poignée cylindrique.

---

(1) Ce sont les enfants. Char..., Dun..., Gin..., Lor..., Robin..., Ros...
(2) Voir *Compte-rendu de Bicêtre* pour 1880, p. XXI.
(3) Voir *Compte-rendu de Bicêtre* pour 1880, p. XIX.

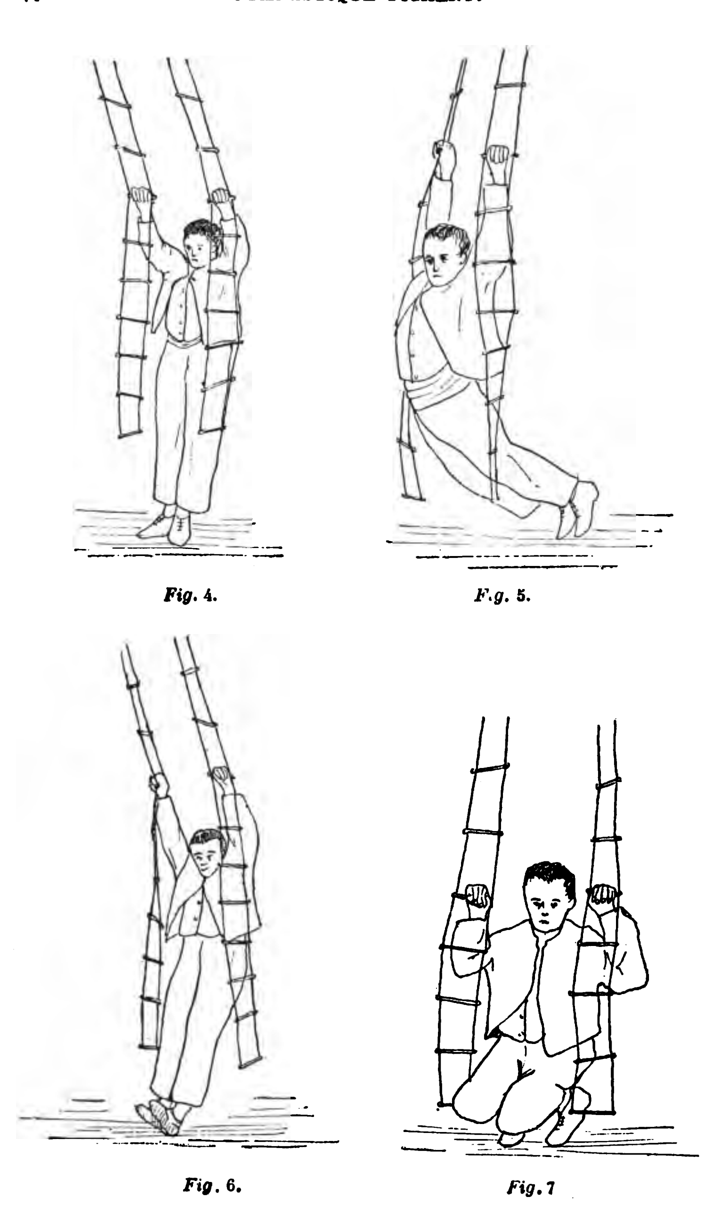


Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7

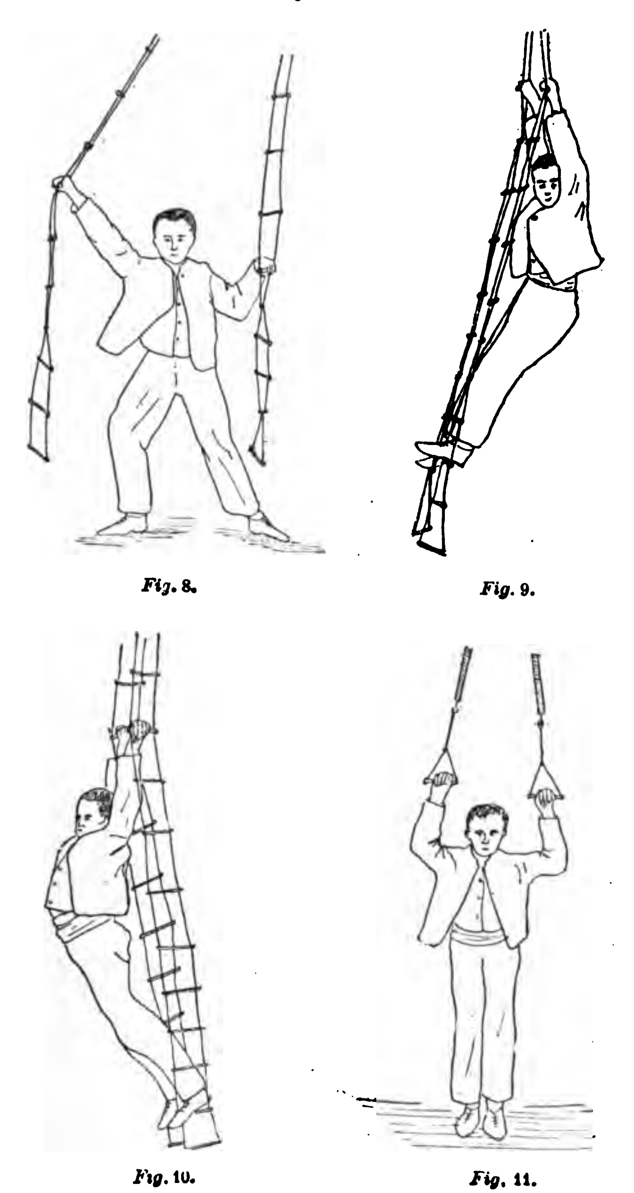


Fig. 8. *Fig.* 9.

Fig. 10. *Fig.* 11.

Exercices des échelles. — La *figure* 2 représente l'enfant en position ; — la *figure* 3, l'enfant marchant en avant ;—la *figure* 4, l'enfant marchant en arrière ;— les *figures* 5 et 6, l'enfant déployant le corps en avant et appuyé sur la pointe des pieds, et, en arrière, appuyé sur les talons ; la *figure* 7, l'enfant assis ; — la *figure* 8 représente l'enfant tenant une échelle de la main gauche, étendant l'autre échelle de la main droite élevée, la jambe correspondante fléchie, le pied droit placé perpendiculairement au pied gauche ; le même mouvement s'exécute dans la position inverse, c'est-à-dire le bras gauche allongé et la jambe gauche fléchie ; la *figure* 9 fait voir l'enfant monté aux échelles et déployant le corps en arrière ; le même exercice se fait en déployant le corps en avant (*fig.* 10).

Exercices avec les ressorts. — Sauf l'ascension, les exercices sont les mêmes qu'avec les échelles : en position (*fig.* 11), assis (*fig.* 12), extension alternative de l'un et l'autre bras en avant (*fig.* 13).

Ces exercices, ainsi que nous l'avons déjà dit, nous rendent de très grands services. Ils apprennent aux enfants à mieux saisir les objets, à bien opposer le pouce aux autres doigts (préhension des échelons), à comprendre et à exécuter certains mouvements, en position, en avant, en arrière, assis, etc. Enfin, ils contribuent à développer leur système musculaire.

L'*éducation de la main*, et partant, du *sens du toucher*, est complétée par les exercices des *planchettes*, des *petits cylindres en bois*, des *sphères en bois* (1) (*fig.* 14), du *livre des étoffes* (2). Dans le cours de cette année, nous avons ajouté deux autres procédés aux précédents : le premier consiste en un cadre en bois

(1) Voir *Compte-rendu pour l'année* 1886, p. V.
(2) Voir *Compte-rendu pour l'année* 1884, p. II.

de 11 cent. de largeur sur 0 m. 31 cent. de longueur, dans lequel sont disposées une série de plaques de 0,10

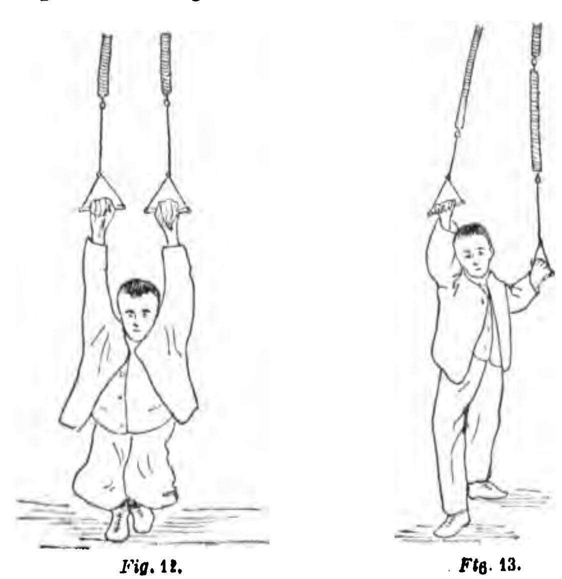


Fig. 12. *Fig.* 13.

centimètres sur 0,05 centimètres, constituées par une plaque métallique à grosses saillies, par conséquent

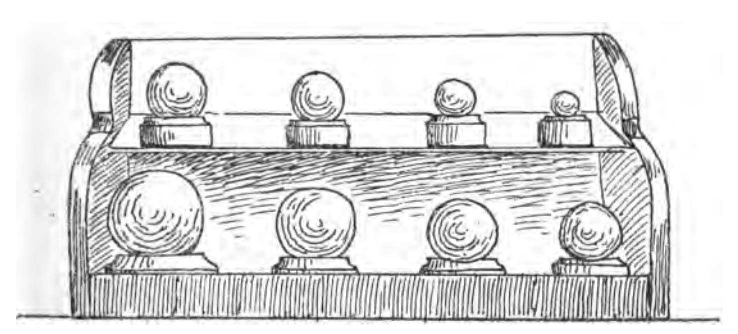


Fig. 14.

très rugueuse, comme une râpe; par une autre plaque métallique, avec des saillies moitié plus petites, par-

tant moins rugueuses; puis du drap, de la soie, du velours et enfin une plaque de bois lisse. On commence par promener les doigts sur les deux plaques extrêmes, c'est-à-dire la plus rugueuse et la plus lisse. Lorsque l'enfant distingue les deux extrêmes (très râpeuse et très lisse) (*fig.* 15), on lui fait toucher les intermédiaires.

Le second procédé consiste en des *sphères* de 4 centimètres de diamètre, faites en fer, cuivre, verre, agathe,



Fig. 15.

caoutchouc, plâtre, balle de son, bois, pesant 269 gr., 201 gr., 92 gr., 87 gr., 49 gr., 35 gr., 22 gr., 20 gr. et destinées à leur apprendre la *notion des poids.*

Enfin, nous devons à l'obligeance de Mme Bru, femme du commis principal de la direction et professeur de dessin des écoles de la ville de Paris, de grandes planches représentant les différents solides et les différentes figures planes correspondant, comme dimensions, aux

solides et aux surfaces planes en bois dont nous nous servons depuis longtemps. Les enfants sont exercés à *placer les objets en bois sur les figures* qui leur correspondent. Ils arrivent de la sorte à se rendre compte de la signification des dessins géométriques.

Nous insistons toujours, pour les idiots qui ne parlent pas, sur les différents exercices décrits par Seguin dans le chapitre de son livre admirable (1) consacré à la *gymnastique de la parole*, dont nous estimons utile de reproduire la plus grande partie.

Premier exercice. — Quand l'enfant a déjà acquis des habitudes mimiques assez précises à l'aide des exercices d'imitation, on attire son attention sur les traits de la face; on lui en fait toucher les diverses parties, et l'on finit par concentrer son attention sur l'appareil vocal. D'abord, ce sera l'index mis en croix sur les lèvres, ensuite placé horizontalement, puis introduit légèrement dans la bouche, puis deux et trois doigts qui ouvriront largement les lèvres; on fera alors entendre quelques cris joyeux que l'enfant répétera.

Ensuite on lui fait serrer longtemps une règle entre les lèvres, si on les trouve pendantes ou naturellement écartées ainsi que les mâchoires; si les lèvres ne se contractent pas, on augmente progressivement le poids et le volume de ce corps. Sont-elles seulement trop écartées l'une de l'autre, on diminue l'épaisseur de cette règle dans la même proportion, jusqu'à ce que, pour la retenir, les lèvres s'appliquent exactement l'une sur l'autre et longtemps. Le même exercice se répète pour obvier au tremblement et au resserrement des mâchoires, mais alors en sens inverse dans une progression toujours croissante. On a soin aussi de faire mâcher des substances résistantes, comme du pain rassis, très rassis : puis on abandonne ces moyens purement mécaniques et l'on fait répéter tous ces mouvements d'écartement des mâchoires, de rapprochement ou d'arrondissement des lèvres sur simple imitation, ainsi que tous ceux que les lèvres devront faire pour émettre les voyelles et les syllabes labiales.

Quand l'inaptitude tient au défaut de proportions et à l'absence de rapports entre la langue et le palais, comme ce dernier n'est susceptible de contraction que dans sa paroi postérieure ou

(1) *Traitement, hygiène et éducation des idiots*; Paris, 1846.

musculaire, et que sa partie antérieure est immobile ; comme la voûte palatine concourt avec la langue à former un grand nombre d'articulations, et comme, en définitive, le palais ne peut venir trouver la langue, il faut bien que celle-ci soit artificiellement mise en jeu ; pour cela, faire la gymnastique suivante est de rigueur : on montrera à mouvoir la langue hors de la bouche en avant, en haut et en bas ; l'aider de la main si l'enfant ne peut la faire mouvoir volontairement ; en relever la pointe et la tenir longtemps comme appendue aux régions antérieure, moyenne, postérieure et latérales du palais. Si, par l'imitation, par la direction et par l'indication, on ne parvient pas à faire exécuter ces divers mouvements, on les produit à l'aide d'un couteau de bois ou d'une cuiller d'ivoire qui dirige et soutient mieux la langue. Quand le timbre de la voix est altéré, mais il est rare que cela soit, on doit faire imiter à l'enfant les sons de la voix humaine et stimuler l'organe vocal en lui donnant à entendre les sons d'un instrument à vibrations rapides et entraînantes ; on place alors avec avantage le sujet au milieu de chœurs, et on le provoque, par le commandement et l'imitation, à des émissions de voix longues et répétées : c'est ce que j'ai fait avec succès à Bicêtre.

Deuxième exercice. — Quand ces résultats préliminaires, qui consistent à faire mouvoir facilement et intentionnellement les organes de l'articulation et à faire émettre des sons longs et purs de la voix humaine, sont obtenus, on peut s'occuper directement du développement de la parole.

Quelque savantes que soient les théories modernes sur le développement de la parole, celles surtout qui ont été exposées par les personnes qui se sont occupées des sourds-muets, on ne trouvera sans doute pas étonnant que moi, parti d'un principe tout à fait opposé au leur, je sois arrivé à des conclusions un peu différentes. Par exemple, dans les essais d'enseignement de la parole aux sourds-muets, on compte bien moins, et l'on a peut-être raison, sur la mimique que sur le tact ; en outre, plusieurs professeurs, préoccupés de la fusion qui s'opère entre la voix proprement dite et l'articulation des mots dans la formation de la parole, n'hésitent pas à enseigner d'abord les lettres gutturales comme les plus faciles. Mais en supposant le premier principe vrai (et il est précieux pour les sourds-muets, dont le tact est ordinairement exquis), peut-il être admis pour l'idiot, chez qui nous avons vu ce sens, le tact, présenter si souvent toutes sortes d'incapacités ? Quant au second, il ne serait applicable à mes élèves dans aucun cas, parce qu'eux n'ont pas conscience des phénomènes producteurs

de la parole, qui consistent dans l'émission de la voix et de l'articulation réunies. Les autres idées qu'on a formulées, d'ailleurs, sur l'éducation de la parole, ne m'ont pas semblé plus applicables dans l'espèce, et, réduit à mes propres ressources, j'ai suivi longtemps les indications que me présentait la nature de l'infirmité de chaque sujet avant d'être en état de compléter ma méthode à cet égard.

Maintenant que de nombreuses expériences m'ont éclairé, tant sur les exceptions que sur les principes, le résultat de mes expériences est qu'on doit commencer cette étude par les syllabes simples terminées par une voyelle, et non par les voyelles isolées, comme cela se pratique d'ordinaire. C'est, je le sais bien, renverser les opinions reçues à cet égard ; mais, dans la voie que je me suis frayée, toutes les modifications que j'ai été amené à introduire pour la pratique de l'enseignement, sont les conséquences d'observations rigoureuses faites sur nature, dans le but direct que je poursuis ; et je m'y tiens. Ainsi on admet généralement que l'émission des voyelles est plus facile que celle des consonnes ; qu'il est plus aisé à un enfant de dire O que MO, I que BI, etc... S'il en était ainsi, il faudrait, après avoir enseigné l'émission des voyelles, apprendre l'articulation des syllabes composées d'une voyelle d'abord et d'une consonne ensuite, afin de passer du connu à l'inconnu, du facile au difficile. Or, c'est ce dont personne ne s'est jamais avisé, parce qu'on sent fort bien qu'il est plus aisé de dire MA, BO, NI, que AM, OB, IN ; mais on n'en savait pas la raison, et l'on était même si éloigné de la connaître, que l'on ignorait encore que l'émission de certaines consonnes dût précéder celle des voyelles. Je dis certaines, parce que les consonnes ne peuvent être prises indistinctement pour introduction à l'art de la prononciation. Il y a entre elles un ordre, ordre insensible pour les gens qui parlent comme écrivait le Bourgeois gentilhomme, mais appréciable pour les personnes qui ont étudié le mécanisme du langage. J'en exposerai la théorie à propos de la lecture, où elle aura une application plus saisissable que dans ce moment.

Je me contente d'avancer ici :

1° Que l'étude de la parole doit commencer par les consonnes, et non par les voyelles ;

2° Que les syllabes composées d'une consonne et d'une voyelle doivent être articulées les premières ;

3° Que les labiales, entre celles-ci, doivent précéder toutes les autres ;

4° Et j'ajoute que les syllabes isolées sont moins faciles à articuler que les syllabes répétées.

Comme tout ceci est plus ou moins opposé à ce qu'on enseigne, il n'est peut-être pas inutile de corroborer mes idées à cet égard par quelques observations.

A l'appui de ma première assertion, je ferai remarquer que tant qu'un enfant n'émet que les sons A, I, O, il ne parle pas, il crie ou chante.

Pour la seconde, je rappellerai que le même enfant ne commence pas par dire : AP, EM, OB, mais bien PA, ME, BO.

A l'appui de la troisième, je dirai que ces mêmes syllabes sont toutes des labiales, en commençant par les plus douces : MA ou BO, selon la disposition relative des lèvres, PA n'étant articulé le premier que par les enfants chez lesquels une succion énergique, ou quelque cause analogue, a développé la force contractile des lèvres d'une façon exceptionnelle.

La preuve de la 4e est que les enfants répètent toutes leurs syllabes. Il y a de cette dernière habitude des enfants, qui passe pour une bizarrerie ou une singularité, des analogues auxquels personne ne pense et qui justifient ce premier langage que nous avons tous parlé ; parmi ces analogues, je citerai comme incontestables : le redoublement, cette beauté des idiomes anciens ; la rime, première richesse des poésies modernes ; le refrain, si électrique dans les chants populaires de France, d'Angleterre et d'Allemagne, toutes répétitions qui sont formulées dans cet adage si connu : « *Bis repetita placent.* » Je pourrais encore donner nombre de preuves de la puissance des analogies de consonnance dans le langage des enfants et dans celui des peuples : cette forme a toujours précédé l'antithèse, qui procède par les contrastes.

Si un homme s'était jamais rencontré, assez bon observateur en même temps que physiologiste et psychologiste éminent, et si cet homme avait daigné se donner la peine de suivre le développement d'un enfant, l'anthropologie ne serait plus une science à faire, ce serait une science aussi certaine que toutes les branches de la mathématique réunies. Et pour ne considérer ici que l'origine et la formation du langage dans les enfants, en étudiant les premiers accents de leurs voix et la succession de leurs articulations, n'eût-on pas, sans autre peine qu'un peu d'attention, trouvé la méthode de faire parler les muets ? J'aime à croire que Péreire ne procéda pas autrement, car les grandes découvertes ne sont autre chose que des naïvetés dépouillées de leur enveloppe naturelle ou de leur écorce pédantesque.

Pour faire parler un muet, peut-être même un sourd-muet, n'entassez donc pas les dissertations sur les méthodes, et les méthodes sur les prophylactiques ; faites faire à votre élève ce

que fait l'enfant ordinaire, celui-ci à dix mois, celui-là à 10 ans. En effet, est-ce l'âge qui parle ?... Ce sont les organes ; et, si rebelles qu'on les suppose, on doit admettre, avant toute dissertation, toute méthode, tout remède, qu'ils exécuteront premièrement et le plus facilement les sons que les organes des petits enfants exécutent les premiers.

Je sais que cette méthode naturelle répugne à la vanité humaine ; je sais que, non seulement on ne se donne pas la peine de l'étudier pour pouvoir en faire profiter les individus mal doués naturellement, mais encore que nombre de raffinés intellectuels des deux sexes entrent dans le sanctuaire de la famille avec la ferme résolution de supprimer en leur progéniture toutes les manifestations de ce langage dont la musique fait ressembler les enfants à des petits *anges*.

Le père ne veut pas que son fils dise : dada; la mère n'entend pas que son enfant demande un coco, cheval, œuf, et à la bonne heure...! Les malheureux! savent-ils où ce système les conduirait, si l'enfant plus intelligent qu'eux ne repoussait leurs leçons empoisonnées ? Lui, incapable de prononcer la plupart des consonnes, les double, les triple même pour ajouter à l'énergie de son expression, et, limité à la connaissance d'un petit nombre de mots ayant tous un sens matériel, il supplée les mots absents ou impossibles par la variété de l'intonation qui est son langage passionnel et métaphysique ; c'est seulement ainsi que pour lui une joie, un désir, une douleur, une colère, une interrogation, un doute ont pour expression naturelle et possible l'intonation.

Et puis, en supposant que l'enfant puisse parler comme nous, croyez-vous qu'il trouverait dans toute la langue des mots qui représentent vraiment ses idées et ses sentiments puérils ? Edouard escalade à grand peine plusieurs coussins et du plus haut qu'il puisse atteindre, avant de rouler jusqu'en bas (et il y a une Providence pour ces chutes de tous les instants), il crie : A-dé-dé!! trouvez-moi, messieurs les puristes, des mots français pour exprimer une pareille joie, un tel triomphe! après tant d'efforts! et l'instant d'après, sa mère lui refuse le sein ou un gâteau; Edouard répète sur mille tons, mais avec les mille nuances d'un accent désespéré : A-né-né! jusqu'à ce que sa bouche se close de fatigue ou de sommeil. Allons, philologues, remplacez-moi vite ce doux langage par des mots tirés du grec. Et que feraient-ils les parents et les philologues, si l'enfant leur obéissait jusqu'à attendre qu'il pût exprimer en bonne prononciation, en bon français, ses passions et ses idées ? ils arrêteraient à l'instant, pour plusieurs années, pour toujours, le développement physiologique et psychologique de

leur enfant, ils feraient un idiot. Or, en assistant à de pareilles extravagances, n'est-on pas tenté d'admettre le foudroyant paradoxe de J.-J. Rousseau: Tout est bien, sortant des mains de l'auteur des choses; tout dégénère dans les mains de l'homme.

Non, heureusement non, cet anathème lancé sur les œuvres de l'homme en tête d'une des plus belles œuvres humaines, se réfute de lui-même, par lui-même, et ne reste vrai que dans son acception la moins générale ; et pareillement de presque tout ce qu'a écrit le Genevois, retranchez-en le dogmatisme, la forme absolue, genevoise enfin, et vous serez en plein bon sens, en pleine vérité.

Puis, pour en revenir à mes élèves, après avoir rompu une lance en l'honneur de ceux qui [illegible] trop d'esprit pour l'être, et si toutes ces raisons ne suffisen[illegible] pas à justifier la marche que j'ai adoptée, (et il ne faut, pour tomber d'accord avec moi sur tous ces points capitaux, que se tenir, comme je l'ai fait, quelque temps penché sur un berceau), les observations qui m'ont été fournies par les sujets que j'ai traités, auront sans doute plus de valeur aux yeux des gens positifs.

L..... ne pouvait émettre les sons E, O, I, U, et commence à dire M A, B I, P O, etc. S..... n'émettait aucune voyelle correctement, et prononce bien un certain nombre de syllabes labiales terminées par ces mêmes voyelles.

Les premiers sons vocaux rendus par G.... sont PA, MI, BO, etc. A.... produit les mêmes sons, mais il faut les lui faire doubler : ne disant pas BO, il dit: BO-BO, il ne peut dire MI, mais il articule très bien MI-MI, etc. M... a donné également raison à ma méthode. Ne pouvant dire I, il l'a prononcé comme finale des syllabes MI, PI, TI, etc. Cet enfant se fait très bien comprendre maintenant.

Voilà ce que j'ai à dire sur les principes; maintenant, si l'on veut tenir compte des exceptions, et il le faut bien quand on veut appliquer une méthode d'enseignement à tous les idiots, on trouve que chez certains sujets il est bon de ne pas suivre rigoureusement l'ordre que j'indique plus haut. Ainsi, j'ai déjà fait observer que les enfants qui n'émettaient pas naturellement de sons vocaux longs et purs, devaient y être incités, par l'imitation, avant toute tentative ayant l'articulation pour objet; je ferai également remarquer qu'il n'est pas rare de voir des idiots chez lesquels les sphincters entrent si difficilement en contraction que l'on doit commencer à leur faire prononcer des syllabes linguales avant les labiales, sous peine de les voir (rebutés qu'ils sont tout d'abord par la difficulté, particulière en eux, de prononcer ces dernières) s'obstiner dans leur mutisme plutôt que de vaincre la paresse de leurs or-

ganes. Au contraire, en leur enseignant d'abord les syllabes qui leur sont les plus faciles, on encourage leur timidité, on stimule leur vanité, on les complimente sur leurs progrès et on les tient dans une salutaire excitation, sans laquelle ils ne sortiraient pas de leur isolement.

Ce que je propose est donc une gymnastique fixe en principe, mais qui doit être modifiée selon chaque sujet; car, à moins que l'incapacité de parler ne soit absolue, il est fort rare qu'elle offre des analogies complètes. Ainsi, à part les principes posés plus haut, pas de règle spéciale à chaque sujet : je n'en prescris aucune dans la pratique, sinon l'observation des phénomènes et une patience à toute épreuve... »

Ce sont ces préceptes que depuis 1879 nous cherchons à inculquer à notre personnel enseignant et qui, quoique encore imparfaitement appliqués, rendent de réels services à nos malades.

III. *Enfants propres et valides, imbéciles, arriérés, instables, épileptiques et hystériques ou non. Grande école.* — La population de cette école était, le 1er janvier 1888, de 145, et le 31 décembre, de 168. Le personnel enseignant est resté le même. L'instituteur en chef, M. Boutillier, assimilé aux commis de l'Administration, a vu son traitement élevé de 2.700 à 3.000 (1). La Commission de l'Assistance publique du Conseil général a reconnu l'insuffisance du personnel enseignant et nous a promis d'appuyer la demande que nous avons faite d'un troisième instituteur. Cette augmentation du personnel enseignant est d'autant plus nécessaire que les instituteurs font le soir l'école primaire aux infirmiers et aux infirmières de l'établissement. Malgré cette insuffisance, nous continuons à obtenir des résultats encourageants qui devraient décider l'Administration à nous donner satisfaction.

---

(1) Le second instituteur, M. Boyer, est entré en fonctions au mois de mars 1886 ; il aurait dû avoir une augmentation à partir du mois de mars 1889. Nous regrettons que cette augmentation, méritée par son zèle et son dévoument, ait été ajournée.

Le 19 mai, 2 enfants, 6 infirmiers et 9 infirmières ont obtenu le *certificat d'études.*

Nous déplorons toujours de ne pas avoir de bons infirmiers garçons de classe. Alors que le Directeur de l'hospice devrait avoir soin de choisir les infirmiers et les infirmières les plus instruits, afin de concourir à l'enseignement, il nous envoie trop souvent des personnes illettrées qui ne peuvent nous être d'aucun secours : c'est là, pourtant, une sélection facile à faire. Nous devons dire toutefois que M. Peyron a bien voulu encourager le meilleur de nos garçons de classe en l'élevant au grade de suppléant.

L'enseignement a toujours pour base les *leçons de choses*, soit à la classe même, soit dans les jardins de la section, soit dans le champ des céréales et dans le champ des plantes fourragères, soit dans le bois ou enfin durant les promenades au dehors (1).

La *matériel scolaire* comprend une grande partie des objets employés à la petite école, mais un peu plus compliqués, et ceux qui sont en usage dans les écoles primaires ordinaires. De plus, nous avons fait exécuter par nos instituteurs, d'après les indications du traité de Séguin, un certain nombre de planches destinées à l'enseignement.

1° Un tableau des couleurs divisé en deux parties semblables (une pour l'élève, l'autre pour le maître), comprenant chacune six couleurs (violet, bleu, vert, jaune, orangé, rouge) avec un exemple en regard (prune violette, myosotis, feuille d'arbre, citron, orange, cerises).

2° Un tableau divisé également en deux parties semblables et destiné à fixer l'attention de l'enfant en l'amenant à poser le doigt, ainsi que le fait le maître, dans la partie correspondante, sur des carrés où sont représentés des points, des nombres, des couleurs, des lignes et des figures géométriques.

(1) Voir *Compte rendu de Bicêtre* pour 1887, p. VIII.

Cet exercice est très utile pour les plus arriérés, dont la vie indifférente et *passive* s'habitue peu à peu à comparer deux images de forme ou de couleur semblables et se change, par imitation, en un regard *attentif* qui leur permet de suivre les mouvements du maître et de les reproduire avec le doigt.

3° Un tableau des lignes et de leurs applications. Par exemple en regard de la ligne horizontale et de la ligne verticale sont représentés des poteaux et des fils télégraphiques, etc.

4° Un tableau des figures géométriques et de leurs applications. C'est ainsi qu'en face du carré se trouve un damier, etc.

5° Un tableau des solides géométriques et de leurs applications. En face de la figure d'une pyramide quadrangulaire est dessiné un clocher de village, etc.

6° Un tableau de lettres (majuscules, minuscules et manuscrites), classées d'après les difficultés d'articulation (voyelles labiales, dentales, gutturales, etc.).

7° Un tableau des sons équivalents où les syllabes homonymes sont représentées sous des couleurs semblables.

Exemple : *é*, ed, er, et, ez, etc.
— *o*, au, eau, etc.

En face de chaque syllabe isolée se trouve un exemple choisi parmi les mots usuels, dans lequel cette syllabe se distingue des autres lettres du mot par la couleur. Exemple : Si les syllabes équivalentes isolées *é*, ed, er, et, ez, sont dessinées en bleu, en face, dans les exemples *été*, pi*ed*, mang*er*, viol*et*, n*ez*, ces mêmes syllabes seront représentées en bleu.

Promenades et distractions. — Les enfants de la grande école et ceux de la petite école qui sont propres ont continué à faire, sous la conduite de leurs maîtres et de leurs maîtresses, de nombreuses promenades, soit dans les environs de l'hospice ou à Paris même : promenades multipliées au Luxembourg, au Jardin des Plantes, au parc de Montsouris, aux fêtes des environs (Villejuif, Gentilly, place de la Nation, etc.), au Jardin d'Acclimatation. Les maîtres et les maîtresses profitent de ces promenades pour donner des leçons de choses aux enfants. Jamais ces promenades, même dans des lieux très fréquentés, n'ont donné lieu à des accidents capables d'attirer sérieusement l'attention et de troubler la tranquillité publique.

Mentionnons enfin les *distractions* diverses, communes à tous les enfants valides : distribution de jouets, à l'occasion du 1er janvier, par l'Administration et par M. Meyer, rédacteur en chef de la *Lanterne ;* distribution de beignets et de gâteaux ; déguisements du Mardi-Gras ; séances de lanterne magique, projections ; concert des frères Lionnet ; participation des enfants de la Grande Ecole au défilé du bataillon scolaire de Gentilly, etc., etc. Citons enfin de petites représentations théâtrales organisées par M. Boyer, instituteur, qui, de plus, a pris l'initiative de la création d'une société musicale à laquelle un certain nombre d'enfants s'intéressent vivement.

Visites, permissions de sortie, congés. — Les enfants ont reçu 8.268 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 11.693. Voici maintenant la statistique des permissions de sortie et *des congés* :

Permissions de sortie :	1 jour.	70
— —	2 jours	65
Congés :	3 jours	74
—	4 jours	96
—	5 jours	45
—	8 jours	345
—	15 jours	2
	Total.	697

Nous ne pouvons, à ce propos, que rappeler ce que nous avons dit : « Jamais il n'est résulté d'inconvénients ni des permissions de sortie, ni des congés. Ils contribuent à maintenir les liens entre les familles et leurs enfants et comme ceux-ci y tiennent beaucoup, la crainte de ne pas en profiter contribue à maintenir la discipline. Ajoutés aux promenades et aux distractions, répéterons-nous, ils rendent le séjour de l'asile plus supportable aux malades et rapprochent, autant que possible, notre section d'un *hôpital* ou d'un *pensionnat ordinaire.* »

Vaccinations et revaccinations. — Elles ont été au nombre de 29. Elles ont été faites sous notre direction et celle de nos internes par les élèves de l'Ecole d'infirmières (1).

Service dentaire. — Notre ami, le Dr Cruet, ancien interne des hôpitaux, continue ses visites bi-mensuelles aux enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière. Les résultats obtenus au point de vue de l'hygiène de la bouche et d'une meilleure dentition des enfants sont excellents.

Bains et hydrothérapie. — Les bains et les douches, joints à la gymnastique et à l'emploi des bromures, surtout de l'élixir polybromuré de Yvon, du bromure de camphre du Dr Clin et aux médicaments anti-scrofuleux ont fait la base du traitement pendant l'année.

Bains simples	7.831
— salés	7.228
— sulfureux	»
— d'amidon	1.366
— alcalins	424
— de son	80
Total	16.929
Bains de pieds	6.955
Douches	46.817

Le nombre des bains est un peu moins considérable que l'année dernière. Cela tient à une suspension de près d'un mois, motivée par la réparation de la chaudière qui a duré trop longtemps.

Améliorations diverses. — Nous avons obtenu la suppression des oreillers inutiles à la plupart des en-

(1) Malgré tous nos efforts, malgré les conseils que nous leur faisons donner aux cours professionnels, nous n'avons pu décider que quelques infirmières à se faire revacciner.

fants et la transformation des traversins qui ont été faits en crin et un peu plus volumineux ; deux tables en marbre pour les réfectoires ont été installées à titre d'essai, afin de voir s'il n'est pas possible de faire la substitution partout ; — deux fontaines avec filtres pour les réfectoires. Nous avons réclamé de nouveau l'aménagement d'un sous-sol pour le cirage des souliers et l'installation d'un magasin de chaussures, désirant que les enfants aient deux paires de souliers ; l'organisation d'un trousseau pour chaque enfant avec un numéro d'ordre ; la modification des chemises qui n'ont ni cols ni poignets. Les enfants gâteux couchaient sur une paillasse revêtue d'une toile cirée ; nous avons modifié le couchage de la façon suivante : à la tête et aux pieds un petit matelas de laine ; au centre un matelas de laine de tourbe, ou de tannée, ou de warech, ou de paille. Nous ne pouvons encore apprécier la valeur comparative de ces essais. Nous nous bornerons à dire que, d'après M. Muntz qui a étudié comparativement le pouvoir absorbant de ces différentes substances, la paille d'avoine absorberait 228 litres d'eau par 100 kilogrammes ; la tannée 4 à 500 kilogrammes ; la tourbe 500 à 700. Nous ignorons la différence qui existe à ce point de vue entre la tourbe et la laine de tourbe. Nous ignorons également quel est exactement le pouvoir absorbant du warech. S'il est vrai qu'une litière est d'une qualité d'autant meilleure que le pouvoir d'imbibition est plus élevé c'est la laine de tourbe qui devrait être préférée (1).

Visites du service. — Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine, composée de MM. Barbier, président à la Cour de cassation, Bailly, Huart, Pothier, Puteaux, E. Richard, Thulié; Dr A. Regnard, inspecteur général des Etablissements de bienfaisance,

(1) Muntz et A.-Ch. Girard. — *Les Engrais*, p. 211-362.

Dr Taule, directeur de l'Asile clinique, Dr Donnet, sénateur, directeur de l'asile de Vaucluse, Dr Paté, directeur de Ville-Evrard; Babut, chef de division, Leclère et Louvart, chefs de bureau à la Préfecture de la Seine; — une partie de la Commission de la Chambre des députés chargée d'étudier le nouveau projet de loi sur les aliénés (MM. Camescasse, Clauzel, Cochery, Ducoudray et Sucquet); — MM. Chassaing, Champoudry, conseillers municipaux; Dr Christian; — A. Harler; Coffignon, publiciste; — Dr Coutinho; — Dr Bétous, médecin consultant à Barèges; — Dr Biaute, médecin en chef du quartier d'aliénés de l'hospice de Nantes; — Brueyre, ancien chef de division à l'Assistance publique; — Dr Buissen (de Madrid); — Desjardins, chef de bureau au Ministère de l'Instruction publique; — Dr Domingo Cabreo, délégué de la République Argentine; — Dr J. Flores, directeur de l'hôpital grec de Constantinople; — Dr Forhas (de Buda-Pesth); — Frédéric de Mocata (de Londres); — Goupy, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique; — Dr Guilbert, directeur de l'Asile de Bordeaux; — Guillemin; — Dr Havart; — Dr Hallager (Danemark); — M. et Mme Holstern; — Dr Horteloup, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique; — Dr Keraval, médecin de Ville-Evrard; — Dr Ladame (de Genève); — Lavy, conseiller municipal; — Dr Magnan, médecin de l'Asile clinique; — M. Marcelin (de Neuilly); — M. Moussu, professeur; — Mercier, contrôleur principal des Douanes; — Nicolo, — Pansot, professeur; — Dr Picquet, Dr J.-A. — Prieur (Canada); — Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, accompagné de MM. le Dr Meynet, A.-J. Martin et d'une trentaine de ses élèves; — Mme de Rute; — M. Schmoulen, attaché au Ministère de la Justice (Russie); — professeur Seguin (de New-York); — Dr Sellier (de Versailles), inspecteur du service des aliénés de Seine-et-Oise; — M. Simon; — M. le Dr Siredey,; — Dr Stemerz; — Dr Tixier, directeur

de l'Ecole de médecine d'Alger ; — Ef. Tinioux, attaché à l'ambassade de Roumanie ; — Dr Toso-Antonio, — Dr Wladimir de Tchichs ; — Mme Marie Waltzky, membre de la Société de psychiâtrie de Pétersbourg ; — Dr Widmer (de Lausanne) ; — Dr J. Weight-Putmann.

Nous devons une mention spéciale à la visite faite par Mlle Matrat au mois de novembre et au rapport qu'elle a adressé à M. le Directeur de l'Enseignement primaire. Dans sa visite, un peu superficielle et faite en dehors de l'heure des classes, elle ne semble pas s'être rendu compte ni des transformations opérées à Bicêtre ni de la méthode employée, ni des résultats obtenus. Elle prétend entre autres qu'à Bicêtre on ne reçoit pas d'idiots ou à peu près pas, mais surtout des épileptiques. En réalité, les idiots, imbéciles et arriérés sont, au contraire, plus nombreux que les épileptiques. Elle prétend n'avoir vu ni images (1), ni jeux, alors que tous les ans l'Administration en achète ou en reçoit de généreux donateurs un grand nombre, et que l'atelier de menuiserie des enfants en confectionne une grande quantité. Nous n'avons cessé de les multiplier depuis dix ans : Jeux de tonneau, de boules, de quilles, de crocket, de billard, de balles, dé billes, de dominos, de loto, de toupies, de passe-boules, etc. (2). (Voir plus haut, *Distractions*, p. XIX).

Elle n'a pas vu, ou on ne lui a pas dit, que la base de l'enseignement reposait sur les *leçons de choses* et les *leçons d'action ;* que les enfants reçoivent régulièrement des leçons de gymnastique, de danse, d'escrime ; que tous les jardins ont été disposés pour l'enseignement des enfants. Elle a daigné cependant reconnaître que « au point de vue matériel, au point de vue hospi-

(1) A l'époque de sa visite, il y avait 244 images.

(2) A l'époque de sa visite, il y avait 3 jeux de tonneaux, 5 passe-boules, 2 jeux de quilles, 60 cerceaux, etc. Inutile de dire que les enfants en détruisent un grand nombre.

talier, c'est incomparablement ce qu'elle a vu de plus beau. » Elle ajoute encore ce passage : « Tout le personnel est laïque et je suis heureuse de dire que, venue absolument à l'improviste, j'ai vu malgré tout, avec l'œil de l'inspectrice, toutes ces jeunes femmes à leur devoir, toutes séparées les unes des autres, occupées des enfants, sans ostentation et sans précipitation. L'ordre le plus parfait règne partout. » Mlle Matrat s'est étonnée d'apprendre que la direction de la section était confiée à un médecin ; elle ignore que les nombreux asiles consacrés aux enfants idiots, en Angleterre, aux Etats-Unis, etc., sont dus à des médecins et dirigés par eux.

Maladies épidémiques. — Nous n'avons eu que quatre cas de *rougeole* dans le courant de l'année. Le pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses a reçu, en outre, un certain nombre d'enfants atteints de maladies des yeux.

De tout temps, probablement depuis que Bicêtre existe et qu'il renferme des enfants, la *teigne* y a toujours régné. Cela s'explique par l'impossibilité où l'on était de les isoler. Au commencement de l'année 1888, nous en avions une cinquantaine. Le pavillon d'isolement ne contenant que 16 lits, nous avons pris les mesures suivantes : nous en avons mis 10 au pavillon d'isolement (1), réservant les six chambres pour les maladies épidémiques ; nous en avons mis 12 dans l'une des salles de l'infirmerie et les autres ont été confinés dans un seul dortoir où, malheureusement, ils étaient en contact avec d'autres enfants. Les 10 enfants du pavillon d'isolement passaient leur journée soit en promenade, soit dans le sous-sol-rez-de-chaussée du pavillon d'isolement ; mais les 12 enfants de l'infirmerie et les

(1) Voir, pour la description de ce pavillon, le *Compte rendu* pour 1887, p. XXXIII.

autres étaient réunis, durant le jour, dans le réfectoire de l'infirmerie, et, par conséquent, se trouvaient souvent en contact avec les convalescents de l'autre salle. De là la production de nouveaux cas de teigne. Nous avons demandé et obtenu l'aménagement du sous-sol de l'infirmerie et nous y avons rassemblé tous les teigneux, à l'exception de ceux qui habitent le pavillon des contagieux. Le sous-sol a été mis à la disposition des enfants le 19 juillet, servant de réfectoire à ces derniers et, dans une certaine mesure, de salle d'école. Grâce à cet isolement, au zèle de nos internes et du personnel, 40 enfants ont été guéris de la teigne et il n'en restait plus que 15 à la fin de l'année 1888.

Musée pathologique. — Le Musée, placé sous la direction de notre ami le Dr P. Bricon, s'est enrichi de nombreuses pièces, ainsi que le montre le tableau comparatif suivant :

	1885	1886	1887	1888
	—	—	—	—
Bustes et plâtres.	100	136	161	180
Plâtres divers	18	24	24	28
Squelettes entiers de la tête. . .	17	22	25	38
Calottes crâniennes	100	123	156	177
Cerveaux d'idiots et d'épileptiques (adultes et enfants) . . .	101	129	162	188

Nous avons repris, lors du relèvement des corps de 12 malades décédés il y a plus de 5 ans, les crânes dans le cimetière de Gentilly et six squelettes entiers, appartenant à des hémiplégiques. Il en est résulté pour le Musée de nouvelles richesses anatomo-pathologiques qui nous permettront de bien mettre en relief les différences qui existent entre le côté sain et le côté paralysé, non seulement pour les membres mais encore pour le tronc.

Nous avons continué à faire prendre la *photographie* de nos malades à l'entrée d'abord, puis à des époques

indéterminées, lorsqu'il survient des modifications importantes en bien ou en mal. Quand un malade meurt, toutes ses photographies sont déposées au Musée, et comme nous faisons réunir en volumes, à la fin de l'année, toutes les observations des malades *décédés*, il s'ensuit que toutes les pièces pathologiques, bustes, crânes, etc., ont leur histoire complète et peuvent servir à des recherches sérieuses ; elles ne sont pas là simplement à titre d'objets curieux. Nous rappellerons enfin que les *photographies* des cerveaux forment aujourd'hui cinq volumineux *Albums* (1).

Le crédit affecté au Musée de l'hospice de Bicêtre était de 3.200 fr. Grâce à l'intervention de notre ami M. Hovelacque, en décembre 1888, le crédit a été augmenté de 1.000 fr., ce qui nous permettra de réaliser des améliorations et d'utiliser quelques-unes de nos photographies les plus intéressantes.

Bien que suffisante pour le moment, répéterons-nous, l'installation du *Musée* devra être transformée ultérieurement. Il faudra en profiter pour organiser un service scientifique convenable à l'hospice de Bicêtre. A cet égard, nous ne pouvons que reproduire ce que nous disions en 1885 : « Nous pensons qu'il conviendrait de choisir un emplacement peu éloigné de l'infirmerie générale et de la division des aliénés, et d'y construire le *service des morts et des autopsies*, le *musée*, les *laboratoires*, l'*atelier de photographie et de moulage*. Cet emplacement existe... »

(1) Nous profitons de l'occasion pour remercier de nouveau nos collaborateurs, MM. Hubert et Hurel, qui apportent le plus grand zèle à l'exécution des *photographies* et des *moulages*.

II.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL.

Durant toute l'année 1888, cet enseignement a été dirigé par MM. Leroy, pour la *menuiserie;* — Alène, pour la *couture;* — Bénard, pour la *serrurerie.* — Nous avons eu le regret de perdre, le 7 janvier 1889, M. Baudet, chargé de l'atelier de *vannerie* et de *rempaillage de chaises*, il a été remplacé par M. Morin. Nous avons perdu également, le 19 décembre, M. Perche, maître cordonnier depuis le 8 octobre 1883; il a été remplacé pendant sa maladie, puis définitivement par M. Dumoulin. Le 26 novembre 1888, nous avons obtenu l'ouverture de l'atelier de *brosserie* confié à M. Mercier. Nous n'avons eu qu'à nous louer du zèle que les maîtres apportent dans leurs fonctions. Le tableau suivant met en évidence les résultats obtenus.

ATELIERS.	DATE de l'ouverture.	NOMBRE Des appprentis.		VALEUR de la main-d'œuvre
		Janvier.	Décembre	
Menuiserie....	26 août 1883.	34	34	6.467 fr. 80
Cordonnerie ...	8 octobre 1883	34	34	2.412 65
Couture	8 octobre 1883.	58	70	5.417 70
Serrurerie	16 janvier 1884.	15	17	4.568 »
Vannerie.....	20 octobre 1884	10	11	2.112 80
Rempaillage ...	20 octobre 1884	13	14	236 75
Brosserie.....	26 nov. 1888.	»	2	38 40
		167	182	21.254 fr. 10

Les 6 maîtres sont payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit pour l'année 12.077 fr. Cette somme déduite du produit du travail des enfants (21.254 fr. 10) donne un excédent de 9.177 fr. En 1885, l'excédent avait été de

4.241 fr. L'année 1886 a donné 1.747 fr. de plus que l'année 1885. L'année 1887 a donné 257 fr. de plus que l'année 1886. L'année 1888 a donné 3.146 fr. 70 de plus que l'année 1887. Ajoutons que l'excédent aurait été plus considérable si l'atelier de brosserie, ouvert seulement à la fin novembre, n'avait entraîné une dépense (214 fr. 50) très insuffisamment compensée (38 fr.).

L'*évaluation du travail des enfants* est faite par l'inspecteur du service d'architecture et d'après le tarif de la Ville pour la menuiserie et la serrurerie ; par M. l'économe de l'hospice, d'après les tarifs du Magasin central, pour la couture, la vannerie et le rempaillage de chaises, et d'après le tarif de la Société anonyme pour la cordonnerie.

Ces chiffres montrent que le travail des enfants, non seulement couvre la dépense occasionnée par le salaire de leurs maîtres, mais encore qu'il couvrira bientôt l'intérêt du capital engagé dans la construction des ateliers. C'est là d'ailleurs, à nos yeux, une considération secondaire, et il en sera de même aux yeux de toutes les personnes sérieuses qui s'occupent avec un esprit un peu généreux des questions d'assistance. En effet, l'enseignement professionnel rend des services d'un ordre bien autrement supérieur. Il permet de donner à un certain nombre d'enfants un métier qui, à leur sortie, les mettra en mesure de gagner leur vie. Quelques-uns ont déjà quitté l'hospice et sont placés ; d'autres le seront aussitôt que les circonstances le permettront. Il nous aide à donner à un plus grand nombre d'enfants le moyen d'atténuer, dans une proportion variable, les sacrifices que la Société s'impose pour eux. Précisons par un exemple : Nous avons à l'atelier de couture 24 *hémiplégiques*, c'est-à-dire des malheureux condamnés presque certainement à passer toute leur existence à l'hospice. 5 sont déjà de bons tailleurs, la plupart des autres le deviendront. Autrefois, ils ne savaient rien faire ; maintenant, grâce à l'enseignement qu'ils reçoi-

vent, une fois passés aux épileptiques adultes s'ils ont encore des accès, ou passés dans les divisions de l'hospice s'ils n'en ont plus, ils pourront travailler à l'atelier commun de la maison et leur travail compensera en partie, et pendant de longues années, les dépenses de leur entretien, en même temps qu'il leur fournira quelques ressources personnelles.

Chaque année, l'habillement et la chaussure des enfants sont notablement améliorés et l'amélioration sera encore plus grande, car nous avons enfin obtenu que le maître tailleur fut autorisé à faire la *coupe* des effets d'habillement. Nous espérons arriver un jour à faire que chaque enfant ait son *trousseau numéroté.*

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, l'*atelier de brosserie* a été installé le 26 novembre. Nous avions réclamé en même temps l'organisation de l'*atelier d'imprimerie*, mais, malheureusement, l'année s'est écoulée sans nous donner satisfaction.

Le tableau suivant fait voir que le nombre des enfants qui profitent de l'enseignement professionnel est allé en progressant depuis huit ans.

	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888
Cordonniers.	6	4	10	20	25	41	34	38
Menuisiers .	5	12	18	28	26	31	32	34
Rempailleurs	1	1	1	»	»	11	12	18
Serruriers. .	2	3	4	10	13	17	13	17
Tailleurs . .	3	5	12	21	24	45	58	72
Tonneliers .	2	4	3	3	3	»	»	»
Vanniers. . .	»	»	»	5	6	8	12	11
Brossiers . .	»	»	»	»	»	»	»	2
Totaux. . .	19	29	48	87	97	153	161	182

Du 1er avril au 31 octobre, le travail commence à 7 heures du matin, continue jusqu'à 11 heures, reprend à une heure et finit à 5 heures. — Du 1er octobre au 31 mars, il commence à 8 heures... et finit à la chute

du jour. Trois fois par semaine, il est interrompu de 8 heures à 9 heures du matin par la leçon de gymnastique. Les enfants sont divisés en deux séries : une du matin, une du soir et, afin que l'enseignement soit à peu près égal pour tous, tant à l'école qu'à l'atelier, la série d'élèves du matin, dans la première semaine du mois, devient la série du soir durant la seconde semaine. Les jeunes travailleurs reçoivent tous les samedis des récompenses variant de 10 à 40 centimes et dont ils disposent les jours de promenades. A cet effet, l'Administration a mis chaque semaine une somme de 15 fr. à la disposition des chefs d'atelier.

Nous laissons les enfants choisir eux-mêmes autant que possible leur métier. Nous dirigeons de préférence les plus intelligents vers les ateliers de menuiserie et de serrurerie et les plus faibles vers l'atelier de vannerie et de rempaillage. Quant aux hémiplégiques, ils sont naturellement dirigés sur l'atelier de couture. Le plus souvent, quand il s'agit des enfants idiots, les séances d'atelier ne dépassent pas une demi-heure au début. Puis, progressivement, nous augmentons la durée de leur travail manuel.

III.

PATRONAGE DES ALIÉNÉS ET EN PARTICULIER DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS.

A propos de l'*enseignement professionnel*, nous devons signaler une lacune importante dans l'organisation de l'Assistance publique, non seulement à Paris, mais dans la France presque tout entière : il s'agit du patronage des aliénés convalescents ou guéris, et en particulier des enfants ou des adolescents. Bien des

fois, depuis plusieurs années, nous avons appelé l'attention de l'Administration, de la Commission d'Assistance publique, du Conseil général et de la Commission de surveillance des Asiles de la Seine, sur la nécessité de la création d'une Société de patronage pour les enfants qui sortent de notre service. Jusqu'ici il n'y a pas eu de solution. Le nombre de nos sortants augmentant, la question devient plus urgente. Elle se présente sous deux aspects : ou bien les enfants rentrent dans leur famille, ou bien, étant âgés de plus de 18 ans et non guéris, ils passent dans les sections d'adultes, soit aux épileptiques, soit aux aliénés ordinaires. Bien que, pour les enfants de cette dernière catégorie, il ne s'agisse pas d'un véritable patronage, nous pensons utile de dire un mot de la situation qui leur est faite.

Pendant quelque temps, nous avons obtenu du directeur de l'hospice, que ces malades, auxquels nous avions fait apprendre un métier, continuassent à venir à nos ateliers, afin de perfectionner leur instruction professionnelle et afin qu'ils puissent atténuer, par leur modeste travail, les dépenses que la Société s'impose pour eux. Il ne nous avait pas échappé que cette pratique pouvait avoir des inconvénients, par exemple l'introduction du tabac ou d'objets défendus dans la section des enfants. Malgré cela, nous avons voulu faire l'essai, y voyant des avantages compensateurs; mais, soit par indifférence du directeur, soit par défaut de bonne volonté du personnel des sections d'adultes, obligé de conduire les malades aux ateliers et de venir les y chercher, cette pratique est tombée en désuétude. D'autre part, quelques petits accidents s'étant produits par suite du contact des enfants avec des adolescents devenus adultes (1), nous nous trouvions un peu embarrassés pour intervenir de nouveau.

(1) Voir plus loin (p. 61) l'observation de Court..., que nous publions avec M. Raoult.

Nous avons alors insisté pour que nos anciens apprentis fussent envoyés aux ateliers de l'hospice. Là, nous nous sommes butté contre la même indifférence du directeur et contre la résistance des chefs d'ateliers, qui préfèrent à nos apprentis, et même aux aliénés adultes, les vieillards, qui n'exigent pas la même surveillance et ne les exposent à aucun danger; car, il faut le dire, quelques-uns des chefs d'ateliers, quelques-unes des surveillantes et sous-surveillantes des services généraux, ont peur des aliénés et ne tiennent pas à les occuper. Il en résulte de grands dommages pour la maison. Ces craintes, ces résistances, disparaîtraient si, conformément à nos réclamations persistantes, l'Administration prenait soin de faire passer sans exception le personnel secondaire dans tous les services, avant de les spécialiser dans un des services généraux. Si la surveillante de la buanderie ou de la lingerie, et même les chefs d'atelier avaient passé quelque temps dans un service d'aliénés, les uns et les autres sauraient comment il faut se conduire avec ce genre de malades; ils distingueraient les signes qui annoncent les périodes d'excitation ou les accès, et se rendraient compte des moments durant lesquels on peut les utiliser et de ceux où il convient de les laisser au repos; ils ne s'offusqueraient pas outre mesure de leurs écarts de langage et sauraient prendre les précautions pour éviter les accidents. Malheureusement, il est loin d'en être ainsi, et, souvent, ou les malades ne sont pas reçus dans les ateliers ou les services généraux, ou ils en sont renvoyés pour les motifs les plus futiles. Comme exemple à l'appui, nous dirons que trois de nos apprentis menuisiers les plus habiles, passés aux épileptiques adultes à la fin de 1887, Georg..., Jaune... et Salm..., ont été refusés à l'atelier de menuiserie de l'hospice pendant toute l'année 1888.

En ce qui concerne nos apprentis qui sortent guéris

ou très améliorés, la situation n'est guère meilleure. Parmi les parents, il en est qui, comprenant ce qu'on a réalisé pour leurs enfants, font tous leurs efforts pour leur faire continuer leur métier au dehors. D'autres essaient, se lassent vite, car la sortie de Bicêtre n'est pas une recommandation; alors, pour diminuer les charges d'entretien de leur enfant, ils essaient de l'utiliser n'importe comment, ou bien ils viennent nous retrouver, nous demandant de le placer. Il nous est arrivé d'en mettre quelques-uns dans deux ateliers de menuiserie dont nous connaissions les patrons, mais notre intervention est insuffisante et ne peut faire face à tous les besoins. C'est là, d'ailleurs, une tâche qui incombe surtout à l'Administration et qui pourrait être convenablement remplie par elle avec l'aide d'une Société de patronage bien organisée.

IV.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1888, il restait dans le service 331 enfants se décomposant ainsi : 308 idiots, imbéciles, épileptiques, etc., aliénés ; 23 idiots, imbéciles, épileptiques, etc., réputés non aliénés. On sait qu'il s'agit là d'une division purement administrative. Voici le mouvement de la population en 1888 :

Mois.	Entrées.	Décès.	Sorties.	Transferts.
Janvier.	6	0	5	1 (1)
Février.	4	3	2	»
Mars	20	3	6	»
Avril	8	2	1	»
Mai.	9	4	»	»
Juin	7	1	1	1 (2)
Juillet	9	1	5	3 (3)
Août	12	»	3	»
Septembre	6	1	1	»
Octobre	13	1	6	1 (4)
Novembre	10	3	1	»
Décembre	4	3	2	»
Totaux.	108	22	33	6

Décès. — Ils ont été au nombre de 22. Le tableau ci-après donne le diagnostic, la date et la cause du décès et quelques-unes des particularités présentées par les malades (p. XXXVI).

Sorties. — 38 malades sont sortis en 1888. Le tableau ci-après (p. XLIV) indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteints les malades.

Evasions. — Une seule, celle de Lecou..., hystéro-épileptique d'ailleurs guéri.

Population au 31 *décembre* 1888. — Le 31 décembre, il restait dans le service 378 enfants, se décomposant ainsi :

354 enfants idiots, imbéciles, épileptiques, etc., aliénés ; 24 enfants idiots, épileptiques, etc., réputés non aliénés.

(1) Enfant Porcher... transféré à l'asile de Clermont (Oise). — (2) Sommach... transféré dans le même asile. — (3) Garm... transféré à Vaucluse, Ponney en Suisse et Vele... transféré à l'asile de Prémontré.— (4) Theb... transféré à l'asile de La Roche-Gandon.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Dates du décès.
Ter..	10 ans.	Idiotie complète.	4 février.
Jean.	62 ans.	Epilepsie tardive.	9 —
Lac....	22 ans.	Atrophie cérébrale. Hémiplégie droite. Epilepsie. Imbécillité. Microcéphalie.	10 —
Andr....	8 ans.	Idiotie complète.	10 —
Néz...	47 ans.	Epilepsie hémiplégique gauche.	24 —
Chev....	18 ans.	Hydrocéphalie. Epilepsie partielle à droite.	29 —
Bau...	9 ans.	Idiotie. Rachitisme.	6 mars.

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Broncho-pneumonie tuberculeuse.	Légère asphyxie à la naissance. Premières convulsions à six mois. Etat de mal à 4 ans 1/2. Phénomènes méningitiques et cachexie progressive. Rien d'apparent à l'œil nu dans l'encéphale.
Pneumonie.	Début à 31 ans. Rien de particulier au cerveau à l'œil nu.
Pneumonie.	Oncle paternel mort de convulsions. Tante paternelle, convulsions. Grand'mère et deux oncles maternels, suicides. 1res convulsions à six semaines, portant exclusivement sur le côté droit et prédominant au bras. Vertiges. 1ers accès à 6 ans. Inégalité notable des testicules. Encéphale, poids 910 gr. Pas d'autres détails sur l'autopsie.
Pyo-pneumothorax.	Oncle paternel mort de méningite. Petite-cousine paternelle idiote. Tante maternelle, convulsions. Cousine maternelle, aliénée. Début des convulsions à 8 mois. Crises quotidiennes ; secousses ; suffocations. Convulsions avec perte de connaissance à 14 mois. Cessation des convulsions en 1883. Parole nulle, tics. Congestion cérébrale en 1884. Cessation de la marche. Persistance des sutures. Léger épaississement de la dure-mère. Légers points de sclérose cérébrale sur l'hémisphère gauche.
Démence épileptique.	1res conv. du côté gauche, à 19 mois. Depuis, convulsions ou séries d'accès une ou deux fois par mois. Hémipl. gauche. Démence complète. Pas d'autopsie.
Etat de mal.	Père mort d'apoplexie cérébrale avec hémiplégie. Grand-père paternel suicidé. Un frère mort de convulsions. 1res convulsions à 8 mois. Siège dans le bras et la jambe droite. Gaucher. Plus faible à droite qu'à gauche. Dilatation des ventricules. Amincissement des hémisphères. Dilatation de l'aqueduc de Sylvius. Epaississement de l'épendyme du 4e ventricule.
Broncho-pneumonie double.	Oncle paternel, grand-père et grand'mère maternels, buveurs. Un oncle et un cousin maternels, convulsions. Début des convulsions à 3 semaines, se répétant presque tous les jours. Diminution à 9 mois. Nystagmus, gâtisme, marche et paroles nulles. Ossification incomplète des os du crâne. Asymétrie légère de la voûte crânienne. Minceur extrême de la pie-mère. Plis de passages assez rares.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Dates du décès.
Duf........	20 ans.	Idiotie complète. Epilepsie.	11 mars.
Douc........	4 ans.	Idiotie.	25 —
Brab........	24 ans.	Epilepsie idiopathique.	28 —
Mon........	42 ans.	Epilepsie idiopathique.	31 —
Delac........	9 ans 1/2.	Epilepsie.	29 avril.
Ven........	14 ans.	Epilepsie.	30 —
Mul........	15 ans.	Epilepsie idiopathique.	5 mai.
Cop........	8 ans.	Epilepsie. Imbécillité.	7 —
Cont........	21 ans.	Epilepsie. Débilité mentale.	19 —

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Urémie.	Une dent à la naissance. 1res convulsions le lendemain de la naissance. Accès à 2 ans. Suspension des accès pendant une éruption d'impétigo. Accès de jeûne à 6 ans ; nouveaux accès à 7 ans et 8 ans 1/2. Rein unique. Aspect chagriné de la circ. du corps calleux à gauche. Quelques adhérences à gauche. (*C. rendu* de 1880).
Angine diphtéritique.	Grand-père paternel alcoolique. Cousin germain paternel, attaques de nerfs. Tante maternelle, morte aliénée. Oncle maternel mort paralysé. Tante maternelle somnambule. Frère mort d'accidents méningitiques. Epaississement de la pie-mère par places sur l'hémisphère droit. A gauche adhérences presque sur toute la face convexe. Coloration saumon des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes droites et de la plupart des circonvolutions gauches.
Etat de mal.	Trépanation. Pas d'autopsie.
Affaiblissement progres.	Premier accès provoqué par l'avulsion d'une dent. Pas d'autopsie.
Affaiblissement progres.	Cousin germain paternel, bec-de-lièvre avec division de la voûte palatine. Frère mort de méningite. 1res conv. à 20 mois après une chute. Pas de vertige, de secousses, ni d'absences. Substance céréb. gélatinif. Décort. impossible.
Etat de mal.	Pas d'autopsie.
Congestion pulmonaire.	Deux sœurs mortes de méningite. Balancement spécial de la tête depuis l'enfance. Vertiges à 6 ans. Accès 2 mois plus tard. Adhérences de la dure-mère à la pie-mère à gauche. Petits foyers de ramoll. dans la zone motrice gauche. Foyer de ramollissement du lobule pariétal supérieur. Aspect chagriné du corps calleux et du lobe quadrilatère à droite. Adhér. au lobe frontal.
Affaiblissement progres.	Asphyxie à la naissance. 1res convulsions à 9 mois. 1er accès à 4 ans 1/2. Vertiges. Accès de colère. Epaisseur assez considérable des os du crâne. Artères de la base plus petites à droite qu'à gauche. Hémisphère droit plus petit que le gauche. Le pédoncule droit, l'olive droite, sont plus petits qu'à gauche. Hypertrophie des plexus choroïdes.
—	Père alcoolique. Mère migraineuse. 1res convulsions à 10 mois. 1er accès à 2 ans 1/2. Parapleg. Moelle peu développée. Petits points de méningo-encéphalite. Qelques adhérences entre les faces internes des hémisphères.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Dates du décès.
Joussel....	62 ans.	Epilepsie tardive.	26 mai.
Vigner....	7 ans.	Hydrocéphalie.	29 —
Bourg.......	4 ans.	Idiotie avec cachexie pachydermique.	2 juin.
Leco..	22 ans.	Epilepsie idiopathique.	21 —
Jour.........	6 ans.	Idiotie congénitale.	24 juillet.
Mesn....	25 ans.	Epilepsie idiopathique.	12 août.
Mur...	19 ans.	Imbécillité. Epilepsie. Démence.	19 —
Bertr....	6 ans.	Epilepsie.	28 septemb.
Leterm...	70 ans.	Epilepsie tardive.	20 octobre.
Bren....	18 ans.	Epilepsie hémiplégique droite.	24 —

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Affaiblissement progres.	Cousin germain aliéné. Affaiblissement intellectuel après les accès. Délire. Pas d'autopsie.
Broncho-pneumonie.	Mère, convulsions dans l'enfance. Frère mort de convulsions. Début de l'hydrocéphalie à 3 mois. Convulsions à 4 ans. Dilatation des ventricules latéraux. Canal de l'épendyme et aqueduc de Sylvius normaux.
Pneumo thorax droit.	Grand-père et oncle paternels, excès de boissons. Arrière grand-père, grand-père et grand-oncle maternels, excès de boissons. 2 cousins germains idiots. Asphyxie à la naissance. Convulsions internes à 14 mois. Jeûnes de 2 à 3 jours. Pertes de connaissance à 3 ans. *Absence complète de glande thyroïde*. Etat gélatiniforme fœtal des circonvolutions. Sœur : myxœdème, morte ; pas de glande thyroïde.
Tuberculose généralisée.	Périodes d'égarement depuis l'enfance. Convulsions internes à 2 ans. Début des accès à 15 ans.
Péritonite tuberculeuse.	Grand-père paternel alcoolique. 2 tantes paternelles mortes de méningite. Une tante paternelle paralytique. Grand-père maternel paralytique. 4 frères morts de méningite avec convulsions. Asphyxie à la naissance. Parole nulle. Secousses, Tics. Jamais de convulsions. Rien de particulier dans le cerveau à l'œil nu.
Tuberculose pulmon.	Père, mélancolie, attaques de nerfs. Cousine germaine épileptique. Début à 7 ans. Accès procursifs. Amélioration puis suppression des accès à 22 ans. Opposition à l'autopsie.
Etat de mal.	Oncle maternel mort de congestion cérébrale. Cousine germaine bègue. Cousin épileptique. Frère mort de méningite. Sœurs, convulsions. Peur à 3 ans. 1res convulsions à 5 ans. Etat de mal à 15 ans. Rien au cerveau à l'œil nu.
Méningite.	Méningite avec convulsions à 3 ans (?). Pas d'autopsie.
Insuffisance et rétrécissement mitral.	Début à 53 ans à la suite d'une peur. Rien au cerveau superficiellement.
Etat de mal.	Tante paternelle, folie transitoire. Grand-père et grand'mère maternels, affections cérébrales. Cousin idiot. Frère hydrocéphale. Convulsions à 2 ans, accès à 5 ans. Foyer hémorrhagique ancien de la couche optique gauche, atrophie de l'hémisphère gauche, sclérose circonscrite du lobe occipital ; méningo-encéphalite des deux hémisphères.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Dates du décès.
Bedea.......	42 ans.	Epilepsie idiopathique.	1er novemb.
Poup.......	10 ans.	Athétose double.	7 —
Stautn.......	3 ans.	Idiotie complète congénitale.	9 —
Meta.......	18 ans.	Epilepsie idiopathique.	19 —
Bich.......	3 ans 1/2.	Idiotie complète.	3 décemb.
Héra.......	27 ans.	Epilepsie idiopathique.	20 —
Caze.......	2 ans 1/2.	Idiotie complète.	28 —
Vei.......	7 ans.	Idiotie congénitale.	29 —

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Congestion cérébrale.	Oncle paternel aliéné. Grand-père et grand'mère maternels morts fous (?). Convulsions dans l'enfance. Début des accès à 20 ans, 3 jours après une vive émotion. Accès sériels de 26 à 32 ans. Depuis 32 ans, accès de folie consécutivement aux accès. Une fille épileptique ; une autre, pied bot, née à 7 mois. Congestion généralisée de tous les viscères et du cerveau. Induration de la corne d'Ammon droite, surtout au sommet.
Congestion pulmonaire.	Grand-père paternel alcoolique. Grand'mère maternelle hémiplégique. Consanguinité des parents. N'a jamais marché. Pas de convulsions. Rien à l'œil nu ni au cerveau, ni à la moelle, sauf une coloration grise de la partie interne de la pyramide antérieure gauche.
Congestion pulmonaire.	Père goîtreux. Cousine choréique et mélancolique. Naissance à 8 mois. Tournoiement des yeux à 7 mois. Pachyméningite ancienne et récente.
Etat de mal.	Peur à 6 ans, tremblements et vertiges nocturnes consécutifs. 1er accès à 9 ans 1/2. Délire mystique à la suite de certains accès. Légère induration de la corne d'Ammon gauche.
Affaiblissement progres.	1ers indices d'idiotie vers 6 mois. Impossibilité de se tenir assis. Voracité. Secousses. Vertiges. Agitation du bras gauche. Etroitesse des circonvolutions. Sillons peu profonds.
Etat de mal.	Début à 15 ans. — Second accès à 16 ans.
Affaiblissement progres.	Oncle paternel aliéné. Grand-père maternel mort d'accidents cérébraux. Grand'mère maternelle hystérique, nerveuse. 1res convul. à 6 mois. Prédominance des convul. dans le bras gauche et la jambe droite. Etat de mal et méningite consécutive. Nouv. accid. méningit. à 11 mois. Cécité depuis les 1res convul. Atroph. et déform. progr. de la jambe gauche à 2 ans. Dispar. des conv. Sclérose atroph. de l'hémisph. gauche. Atrophie et sclérose de la pariétale ascendante du lobe paracentral, du lobe carré, du lobe occipital à droite.
Broncho-pneumonie tuberculeuse.	1ers signes d'idiotie constatés à 16 mois. Jamais de de conv. Inégalité croisée des membres sup. et inf. Restes de thymus. Induration scléreuse des pédoncules cérébraux, de la protubérance, de la pyramide et de l'olive gauches.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
De Angel.. .	17 ans.	Cordonnier.	Epilepsie.	Etait en congé depuis le mois d'avril 1887. Travaille de son métier. Pas d'accès depuis 3 ans. Sorti le 5 janvier.
Crest... . . .	18 ans.	Tailleur.	Epilepsie idiopathique (1).	Passé comme adulte à la 5e 1re (3 janvier).
Watrem.... .	11 ans.	Sans.	Athétose double, imbécillité.	Rendu à sa mère qui le réclamait. Amélioration (10 janvier).
Lecou.... . .	17 ans.	Serrurier.	Hystéro-épilepsie.	Evadé. Défalqué. Très amélioré (10 janv.).
Lavi.... . . .	17 ans 1/2.	Cordonnier.	Hystéro-épilepsie. — Instabilité mentale. Pervers. des instincts.	Non rentré de congé. Défalqué. Amélioration très notable (16 janvier).
Porcher.... .	6 ans.	Sans.	Idiotie complète. Hydrocéphalie. Hémiplégie droite.	Tranféré à Clermont (Oise) (21 janvier).
Meye... . . .	22 ans.	Serrurier.	Imbécillité.	Passé comme adulte à la 5e 2e (10 février).
Mu...	19 ans.	Sans .	Epilepsie. Idiotie.	Passé à la 5e 1re (17 février).
Reding... . .	16 ans.	Serrurier.	Epilepsie. Débilité mentale.	Rendu à sa mère qui le réclamait. Travaille de son métier. Amélioration. Pas d'accès depuis 4 mois (7 mars).
Ron.... . . .	20 ans.	Menuisier.	Hystéro - épilepsie. Imbécillité. Perversion des instincts.	Passé adulte à la 5e 1re. Amélioration très notable (9 mars).
Penn... . . .	19 ans 1/2.	Vannier.	Imbécillité symptomatique.	Passé adulte à la 5e 2e (9 mars).
Guite... . . .	19 ans.	Tailleur.	Instabilité mentale avec perversion des instincts. Epilepsie.	Passé adulte à la 5e 1re. Rémission (10 mars).
Jeaane... . .	19 ans.	Menuisier.	Epilepsie idiopathique nocturne.	Sorti définitivement. Apprenti menuisier. (10 mars).
Vigna.... . .	17 ans 1/2.	Menuisier.	Instabilité mentale.	Sorti définitivement. Travaille de son métier. Amélioration très notable (12 mars).

Herv...	20 ans.	Sans.	Imbécillité prononcée.	Passé aux adultes à la 2e section (7 avril).
Sommera...	17 ans.	Vannier.	Imbécillité avec perversion des instincts. Kleptomanie.	Transféré à Clermont (Oise) (20 juin).
Bouque...	22 ans.	Vannier.	Imbécillité. Epilepsie idiopathiq.	Passé aux adultes à la 2e sect. Amélioration (22 juin).
Thierr...	15 ans.	Menuisier.	Hystéro-épilepsie. Mélancolie avec idées de suicide.	Passé aux Enfants-Assistés pour être remis ensuite à ses père et mère qui le réclament (5 juillet). Guérison.
Garive...	9 ans.	Sans.	Imbécillité.	Envoyé à la colonie de Vaucluse. Amélioration notable (7 juillet).
Lavi...	18 ans.	Cordonnier.	Hystéro-épilepsie.	Non rentré de permission. Défalqué (9 juillet).
Ga...	13 ans.	Sans.	Imbécillité. Instabilité mentale. Déformations pupillaires. Hernie inguinale double.	Rendu à sa mère qui ne veut pas le laisser transférer (10 juillet).
Blande...	19 ans.	Menuisier.	Imbécillité symptomatique.	Passé comme adulte à la 5e 2e (24 juillet).
Villeq...	15 ans 1/2.	Sans.	Idiotie et diplégie sympt. de sclérose cérébrale.	Transféré à l'asile de Prémontré. Même état (20 juillet).
Bertra...	12 ans.	Tailleur.	Hémiplégie g. sympt. d'atroph. cérébrale avec imbécillité.	Non rentré de congé. Défalqué (29 juillet).
Pome...	4 ans.	Sans.	Epilepsie.	Transféré en Suisse (30 juillet).
Courti...	4 ans.	Sans.	Idiotie complète.	Rendu à ses parents qui s'opposent au transfert (12 août).
Vermeul...	7 ans.	Sans.	Idiotie complète.	Rendu à sa mère qui le réclamait (20 août).
Roo...	3 ans 1/2.	Sans.	Idiotie. Epilepsie vertigineuse.	Rendu à sa mère qui le réclamait (25 août).
Merm...	6 ans.	Sans.	Epilepsie.	Non rentré de congé. Défalqué. Même état (1er septembre).

(1) Observation publiée dans le Compte rendu de 1884, p. 39.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Guilla......	7 ans.	Sans.	Idiotie congénitale complète.	Rendu à sa mère le 13 octobre qui veut l'envoyer en Lorraine dans sa famille. Même état (13 octobre).
Roy.......	3 ans.	Sans.	Idiotie complète.	Rendu à sa mère qui le trouvait trop jeune pour le laisser à Bicêtre. Amélioration (22 octobre).
Ren.......	16 ans.	Cordonnier.	Epilepsie idiopathique.	Rendu à sa mère qui doit lui faire continuer son métier. Amélioration (23 oct.).
Bouv.......	14 ans.	Menuisier.	Epilepsie idiopathique.	Rendu à son père qui le réclame. Même état (23 octobre).
Darn.......	5 ans 1/2.	Sans.	Idiotie complète.	Rendu à sa mère qui le réclame (29 oct.).
Thébe.......	12 ans 1/2.	Vannier.	Idiotie complète.	Transféré à l'asile de Mayenne (30 oct.).
Baud.......	12 ans.	Sans.	Epilepsie héréditaire.	Rendu à sa famille qui le réclame (12 novembre).
Caba.......	8 ans 1/2.	Sans.	Paralysie infantile spinale avec imbécillité.	Rendu à sa mère qui le réclame. Amélioration (4 décembre).
Billa.......	11 ans.	Tailleur.	Imbécillité et instabilité mentale.	Rendu à sa sœur qui le réclame, ne veut pas qu'il soit transféré (11 décembre).
Plaisa.......	13 ans.	Sans.	Epilepsie.	Epileptique simple. Passé aux épileptiques aliénés (22 décembre).
Bey.......	15 ans.	Vannier.	Hystéro-épilepsie.	Rendu à sa mère qui le réclame. Amélioration : pas d'attaques depuis deux mois (29 octobre).

Personnel du service en 1888. — Le personnel se composait ainsi : 1° pour le *service médical* : d'un interne titulaire, M. Durand (1) et d'un interne provisoire, M. Mathon ; de M. le Dr Bricon, conservateur du Musée pathologique de l'hospice ; — 2° pour le *service scolaire : a) Grande école* : d'un instituteur, M. Boutillier, et d'un instituteur adjoint, M. Boyer ; d'un professeur de chant, M. Peny ; d'un professeur de gymnastique, M. Goy ; de deux moniteurs (administrés de l'hospice) ; d'un maître d'escrime et d'un maître de danse et de 4 garçons de classe ; *b) Petite école* : de Mlle Blanche Agnus, surveillante, Mlles Berthe Lenglet et Amandine Bohain sous-surveillantes, Mlle Ferret, suppléante, et d'une infirmière de classe ; pour l'enseignement professionnel, de six maîtres dont nous avons donné les noms plus haut ; 3° pour le *service hospitalier* de M. Agnus, surveillant ; de M. Siégel, sous-surveillant ; de Mme Jolliot, chargée de la surveillance de l'infirmerie du bâtiment des gâteux invalides et du pavillon des maladies contagieuses ; de Mme Bié, suppléante ; de 22 infirmiers de jour et de nuit ; de 28 infirmières de jour et de nuit ; d'un baigneur (suppléant) ; d'un barbier et d'un portier. Total du personnel secondaire : 66.

V.

LA NOUVELLE SECTION. — CONSTRUCTION D'UN NOUVEAU PAVILLON DE DORTOIRS ET DU PAVILLON DES CELLULES.

Dans notre dernier *Compte rendu*, nous terminions le chapitre consacré à la *Nouvelle section* en disant que

(1) M. Durand, appelé à faire son service militaire, a été remplacé du 15 novembre 1888 au 1er février 1889, par M. Renault, interne provisoire.

le Conseil municipal avait voté, dans sa séance du 30 décembre 1887, le projet présenté par l'Administration de l'Assistance publique relatif à la construction d'un *nouveau pavillon de dortoirs* et du *pavillon des cellules*.

L'adjudication de ces deux bâtiments a eu lieu le 24 mars. Les devis montaient à 245.179 fr. 53 c., que les rabais faits par les adjudicataires ont réduit à 176.007 fr. 46 c. Les travaux ont commencé le 19 avril. Sur la somme de 27.505 fr. réservée pour imprévus, il a été prélevé :

Consolidation de carrières souterraines. (Arrêtés des 8 mai et 21 novembre 1888). Ensemble	3.915 fr. 68 c.
Exhaussement du bâtiment des dortoirs. (Arrêté du 9 juin 1888). . . .	2.903 68
Travaux divers. Communications entre les différentes parties du nouveau service. Compteur à gaz de secours. (Arrêté du 21 décembre 1888). . . .	18.134 79
	24.954 fr. 15 c.

Le *nouveau pavillon de dortoirs* comprend, comme les précédents, deux salles de chacune 20 lits séparées par les cabinets d'aisances, les lavabos et le cabinet de débarras. Il diffère des autres pavillons de dortoirs dans sa moitié nord, correspondante à l'un des dortoirs, où l'on a aménagé, au rez-de-chaussée, 12 chambres pour le logement des infirmiers qu'on avait dû loger dans le sous-sol-rez-de-chaussée d'une partie du bâtiment des gâteux. Les dortoirs ont été meublés dans le courant de novembre, et aussitôt nous y avons fait transporter les lits des 23 enfants placés provisoirement dans les ateliers destinés à la brosserie et à l'imprimerie. Les 17 lits restants ont été donnés à une partie des enfants qui couchaient sur des lits supplémentaires. Quant aux chambres des infirmiers, elles n'étaient pas encore tout à fait terminées à la fin de 1888.

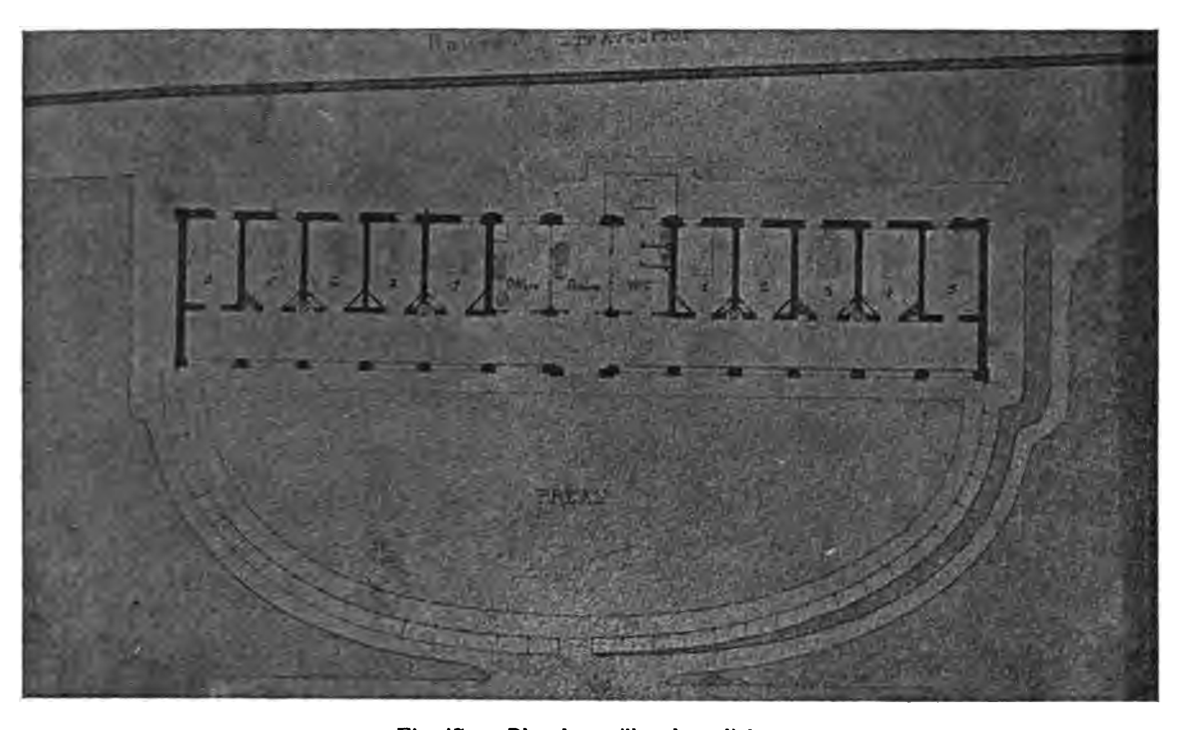


Fig. 17. — Plan du pavillon des cellules.



Fig. 18. — Vue du pavillon des cellules, du préau et de la clôture.

Le *pavillon des cellules* doit nous arrêter plus longtemps. Il est situé à l'extrémité ouest de la section, en arrière de l'espace libre compris entre l'infirmerie et le pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses, faisant face à l'avant-corps du bâtiment des gâteux. Ce pavillon (*Fig.* 16), un peu exhaussé au-dessus du sol, est précédé d'une cour devant servir de préau, dont la clôture se compose d'un grillage en fil de fer à grosses mailles, recourbé à sa partie supérieure de manière à empêcher les enfants de la franchir. Des arbustes et des plantes grimpantes, lierre, vigne-vierge, chèvrefeuille, etc., empêcheront plus tard la vue du dehors. Ainsi que le montre le plan (*Fig.* 17), le vestibule ouvre sur une galerie qui court tout le long du bâtiment. Au centre se trouvent : 1° L'office comprenant un petit fourneau à gaz, une pierre d'évier et un réservoir d'eau chaude pour les bains ; — 2° Salle de bains ; — 3° Les water-closets se composant de deux cabinets.

De chaque côté de ce petit service central, il y a quatre chambres d'isolement, ou cellules, et une chambre d'infirmier. Quatre chambres d'isolement ont 3m 55 de longueur, 2m20 de largeur, 3m65 de hauteur. Elles sont éclairées par une fenêtre de 0m80 sur 2m30 placée à 1m07 au-dessus du sol. La fenêtre, protégée par un grillage intérieur, est munie, à l'extérieur, d'un volet plein permettant à volonté la suppression de la lumière. Les angles situés de chaque côté de la porte ont été remplacés par des pans coupés, de façon à empêcher les enfants de se dissimuler dans ces deux angles. Les murs ont été crépis avec du ciment gris jusqu'à une hauteur de 2m20, ce qui s'opposera aux inscriptions habituelles aux malades.

Le *chauffage* se fait par des bouches de chaleur situées à 2m30 au-dessus du parquet : de la sorte, les enfants ne pourront les souiller ni les obstruer. Ces bouches de chaleur proviennent de quatre poêles placés dans le couloir et dont le chargement se fait par l'extérieur des

cellules. La porte est en chêne, d'une épaisseur de 54 millimètres, avec une forte serrure encastrée dans le bois et ne faisant aucune saillie. Il n'y a pas non plus de verrous extérieurs ; aussi, la porte des cellules ressemble-t-elle extérieurement à une porte ordinaire et ne rappelle pas les portes de prison qu'on observe souvent dans les quartiers cellulaires d'aliénés. A l'intérieur, la porte est complètement lisse et peinte en gris de fer pour rendre aussi difficiles que possible les dessins.

Dans le panneau du haut de la porte, pour la surveillance, on a pratiqué une ouverture circulaire munie d'une glace de 2 centimètres d'épaisseur ayant 5 centimètres de diamètre, encastrée dans un châssis en cuivre. En raison de sa largeur, on peut très bien voir tout ce qui se passe dans la cellule (1). Cette glace est munie d'un obturateur en cuivre à coulisse. Pour la surveillance de nuit, au-dessus de la porte, une imposte vitrée, garnie d'une trappe en tôle jouant à l'aide d'une corde, permet, quand cette trappe est levée, d'éclairer l'intérieur de la cellule par un bec de gaz placé devant la vitre.

Quatre cellules sont munies de sièges d'aisances renfermant un pot dont l'enlèvement se fait par le couloir.

Quatre cellules diffèrent des autres : deux destinées aux malades agités et furieux sont, l'une, capitonnée sur toutes ses faces, porte et murs ; la seconde a les parois des murs en linoléum formant un revêtement et une sorte de capitonnage. Dans ces deux cellules la fenêtre

---

(1) Nous avons employé pour l'une des portes le judas inventé par M. Palu, serrurier à Neuilly-sur-Marne, et adopté pour les cellules de quelques asiles de la Seine. Ce système, très compliqué et coûteux, manque aussi de commodité. Nous en avons essayé un autre consistant en une plaque en cuivre, de 12 centimètres de côté, percée de trous de 5 millim. de diamètre, et appliquée tout à fait contre une plaque en verre, afin d'empêcher les malades de passer des cordons entre les trous, et fermée par deux petits volets extérieurs, maintenus par un verrou. Mais c'est le système que nous avons adopté définitivement et que nous venons de décrire qui nous a paru offrir le plus d'avantages (simplicité, résistance, facilité de surveillance).

est située à une hauteur plus grande que dans les chambres d'isolement (2m20). Tout le long du bord supérieur du linoléum ou du capitonnage, court un chanfrein en bois, oblique, de manière que les enfants, même en sautant, n'ont aucune prise sur le bord supérieur du capitonnage. La troisième cellule, peinte entièrement en ton bleu cobalt, est destinée à des essais de traitement de certains cas d'aliénation mentale. La quatrième est réservée pour un aménagement ultérieur. Dans ces quatre cellules, les portes et les angles voisins sont disposés comme dans les quatre chambres d'isolement. En outre, elles ont une fenêtre en tabatière, placée sur le toit, et le châssis à tabatière est muni, au droit du plafond, d'une trappe en fer se levant à volonté, pour réaliser l'obscurité la plus complète.

Le coucher consiste en paille ou en paillasse pour les cellules d'agités ; pour les autres en une caisse en bois ou en fer, pleines, sans aucun orifice permettant d'y passer des liens, comme cela existe encore dans les cellules d'un grand nombre d'asiles. Les caisses-lits sont fixes et disposées de telle sorte que les enfants ne puissent s'en servir pour atteindre soit la fenêtre, soit la bouche de chaleur.

Quatre cellules ou chambres d'isolement sont pourvues d'un siège d'aisances, demi-circulaire, placé dans l'angle à gauche de la porte, voûté afin d'empêcher les enfants de monter dessus. Trois sont en ciment recouvert d'une solide planche en bois, disposée de façon à n'offrir aucune prise. L'un des sièges est entièrement en bois et offre une disposition spéciale copiée sur le modèle que nous a fait voir M. le Dr Bécoulet, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de St-Ylie, près Dôle. Le support du siège se compose de morceaux de chêne enchevêtrés les uns dans les autres et maintenus à l'aide de fortes vis. Le tout est fixé au mur et au plancher par des liteaux très solidement fixés eux-mêmes.

Dans tous, le vase vient s'adapter exactement à la face

inférieure du siège proprement dit ; il est plus large que le trou du siège, par lequel il ne peut point passer. On le retire du couloir des cellules en le faisant glisser sur deux rails à l'aide d'un crochet qui s'adapte à la poignée du vase.

En résumé, ces cellules diffèrent de la plupart des autres : 1° par l'aspect des portes et par l'oculaire ; — 2° par leur mode d'éclairage ; — 3° par les pans coupés et le revêtement des murs en ciment ; — 4° par leur lit ; — 5° par l'absence de tout moyen de suicide, etc.

Le 8 novembre 1888, dans une lettre à M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, après l'avoir prié de hâter l'ameublement du nouveau pavillon de dortoirs dont nous avons parlé, nous réclamions l'*achèvement de la section des enfants*, c'est-à-dire la construction des trois derniers pavillons de dortoirs. Nous nous appuyions : 1° sur ce fait que le règlement des comptes des travaux antérieurs à 1888 donnait un boni de plus de 150.000 fr., boni qui naturellement devait être appliqué à la suite de l'entreprise ; — 2° sur la présence de 60 enfants dans l'ancienne section où ils détiennent la place d'épileptiques ; — 3° sur la présence dans les dortoirs de la nouvelle section de nombreux lits supplémentaires. Nous rappellions la même demande à la fin du même mois. Se rendant un compte exact de la situation, M. Peyron a fait préparer les devis de cette dernière opération et nous a promis de soumettre l'affaire à son Conseil de surveillance dans le courant du mois de janvier 1889. Tout nous fait donc espérer que, dans notre prochain *Compte rendu*, nous annoncerons l'achèvement de cette section dont les plans et l'organisation ont été votés en juin 1883.

VI.

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS. — LES CABANONS DANS LES HÔPITAUX-HOSPICES DE PROVINCE.

Nous avons toujours pensé que les médecins avaient non seulement le devoir de mettre toute leur science, tout leur dévouement à soulager ou guérir leurs malades, mais encore celui de vulgariser les réformes relatives à l'hygiène et à l'assistance publiques. C'est pour cela que, le plus souvent possible, nous appelons l'attention de nos lecteurs, que nous voudrions voir partout à la tête du mouvement réformateur, sur la situation des établissements hospitaliers. Dans ces dernières années, nous avons insisté sur la nécessité de transformer complètement l'*hospitalisation des vénériennes*. Aujourd'hui, nous abordons une autre question d'assistance : celle des aliénés dans les hôpitaux-hospices de province.

En juillet 1887, nous avons montré (1) la déplorable organisation des *Cabanons* où ils sont déposés dans les hôpitaux ou hospices de Château-Thierry, Epernay, Lunéville, Saint-Dié, Remiremont, Epinal, Belfort, Langres, Bar-sur-Aube, Troyes. Nous blâmions le séjour prolongé des aliénés dans les cabanons (cachots de ces établissements) ; nous demandions au ministre de l'intérieur d'exiger de ses préfets et sous-préfets le transfert immédiat des malades à l'asile départemental ; enfin, nous réclamions la transformation des cabanons en chambres ou en cellules convenablement disposées et ne rappelant plus en rien l'emprisonnement.

Le 1er août 1887, M. Fallières adressait aux préfets une circulaire les invitant : 1° à visiter périodiquement les asiles publics et privés, consacrés aux aliénés ; —

(1) *Archives de Neurologie*, 1887, t. XIV, p. 172.

*****

2° à examiner les conditions d'installation des cellules dans les hospices ; — 3° à procéder « sans tarder » au transfert des aliénés dans les asiles. L'intention était excellente. Malheureusement les préfets, encore trop peu au courant des questions d'assistance, à part quelques exceptions, ne paraissent pas avoir tenu un compte sérieux des prescriptions de la circulaire ministérielle. Et, en 1887, nous avons pu voir que la situation des cabanons était aussi défectueuse, pour employer une expression modérée, dans l'Ouest (Cholet, Bressuire, Rochefort, Saumur), que nous l'avions constatée en 1886 dans l'Est (1). Au mois d'avril 1888, nous avons vu à l'hôpital St-André de Bordeaux quatre cabanons aussi mauvais que possible, dotés de tous les moyens de pendaison (2), servant à la fois aux hommes et aux femmes.

Nous avons poursuivi notre enquête sur ce sujet pendant nos vacances de septembre dernier et nous avons eu le triste regret de déclarer que le Centre et le Sud-Est ne sont pas mieux partagés que l'Est et l'Ouest. On en jugera par les renseignements qui suivent :

A l'hôpital-hospice de Tonnerre, il y a deux cabanons, dans le sous-sol, un du côté des hommes, un du côté des femmes. Ils sont assez vastes mais avec des angles, des barreaux à la fenêtre, au lit, au judas, barreaux qui constituent autant de moyens de pendaison : c'est ce qui a eu lieu il y a quelques années. A côté de la porte, il y a un trou par lequel on passe la nourriture au malade. Ces cabanons ont encore l'inconvénient d'être loin de toute surveillance. Les aliénés y restent 2, 3, 4 jours au plus et sont envoyés à l'asile d'Auxerre. Toutefois, nous avons vu dans l'une des salles de femmes, plusieurs *aliénées*, entre autres une lypémaniaque qui refusait de manger depuis deux mois et une autre admise pour un rhumatisme chronique avec déformation des jointures,

(1) *Archives de Neurologie*, 1888, t. XVI, p. 137.
(2) Un nouveau malade s'y est pendu en juillet 1888.

atteinte de délire de persécution, avec périodes d'excitation : ces malades ne devraient pas rester à l'hospice.

Les cabanons de l'hôpital général de Dijon sont situés dans un bâtiment à rez-de-chaussée bordant la première cour à gauche. Leur aménagement est imparfait ; mais leur principal défaut est d'être isolés. On nous a assuré que, quand il y avait des malades, on faisait coucher un infirmier ou une infirmière dans le cabanon voisin.

L'hospice départemental de Besançon possède cinq cabanons, très mal disposés mais dont le directeur actuel ne se sert pas. Il place les aliénés dans les salles destinées aux vieillards ou aux infirmiers. S'ils sont agités on leur met la camisole (nous avons vu une aliénée camisolée et fixée sur une chaise). Les malades restent en observation de 1 à 15 jours, très rarement 15 jours et sont dirigés sur l'asile de Dôle.

A l'hôpital du Saint-Sépulcre de Salins, les cabanons sont placés au fond d'un jardin, à une très grande distance de toutes les autres salles. Double porte, triple grillage à la fenêtre, etc.

L'hôpital d'Arbois se compose de deux parties séparées par une rue : d'un côté est l'hôpital, de l'autre les dépendances. Ces dépendances comprennent entre autres la *vacherie* (2 vaches et 1 âne) et le *cabanon*. Cette disposition le condamne. (Nous avons vu à l'hospice de Lunéville des cabanons à côté d'une porcherie ; ici, c'est à côté des vaches et de l'âne) (1).

Les cabanons de l'hôpital-hospice de Poligny sont installés dans un bâtiment à gauche de l'entrée, au-dessus d'un sous-sol assez élevé. Ils sont très mal aménagés et assez loin de tout secours.

(1) Voir *Arch. de Neurologie*, 1887, p. 173. Cet article est reproduit plus loin, p. 88.

Situation encore plus déplorable à l'Hôtel-Dieu de Lons-le-Saulnier. Les cabanons se trouvent dans le sous-sol qui est profond et ressemble plutôt à des caves. Portes solides, doublement verrouillées ; à gauche, ouverture transversale avec une petite porte en fer par laquelle on passe les aliments qu'on dépose sur le rebord intérieur de cette ouverture. Au-dessous de celle-ci, au ras du sol, deuxième ouverture par laquelle on tire le vase aux déjections, répondant à un siège en bois, de forme carrée. Petite *fenêtre* transversale, grillée, à la hauteur du sol de la basse-cour (un malade s'est pendu il y a quelque temps aux barreaux). Le lit consiste en une caisse en bois solide, pleine, à demi-enfoncée dans le sol et qu'on remplit de paille. Les autres sous-sols, qui sont vastes et courent sous tout l'hôpital, servent de *caves*, de *magasins*, de *bûcher* « ce qui est mauvais, nous dit naïvement la supérieure, car le bois n'est pas aéré et sèche mal. » J'ai vu dans l'un des cabanons, un vieillard inoffensif, atteint de *démence*, qui y a été mis parce qu'il tourmente les autres malades. Il est évident que la surveillance est absolument nulle, car un homme sain d'esprit, ne consentirait pas à coucher dans ces caveaux.

Nous avons vu, à l'hôpital thermal d'Aix, un aliéné dans une chambre dont le plancher est à près de deux mètres au-dessous du niveau du sol de la rue. Cette chambre, mal éclairée, étroite, est loin de toute surveillance.

A l'hôpital de Grenoble, les cabanons sont disposés dans une partie du rez-de-chaussée du pavillon des *vénériennes*. Disposition médiocre ; mais ils peuvent être dans une certaine mesure surveillés par les *infirmières* des vénériennes. Nous avons vu dans un des cabanons un aliéné qui y est depuis *douze jours* et dans le cabanon voisin un matelot qui l'habite depuis trois jours.

Il existe quatre cabanons à l'hôpital de Valence; ils sont disposés dans un sous-sol, quand on s'y rend, et c'est la pratique ordinaire, par la galerie longeant la cour intérieure, — au rez-de-chaussée si l'on s'y rend par le jardin. Le sous-sol est parcouru par un couloir longitudinal. Le sol des cabanons est plus bas que le sol des couloirs. Portes garnies de plaques de fer et de verrous, avec judas par lequel on introduit les aliments. Au-dessus de la porte, ouverture avec cinq barreaux verticaux, sans carreaux, laissant pénétrer l'air froid et humide du couloir en communication avec l'escalier. Du côté du jardin, fenêtre grillée verticalement sans carreaux, avec auvent métallique ouvert en haut, surmonté d'une planche verticale pouvant combler le vide entre le bord supérieur de l'auvent et celui de la fenêtre. Les cabanons sont voûtés. Aucun meuble, de la paille. Pas de chauffage. Ces cabanons, où on descend par un escalier obscur de 23 marches, constituent de vrais cachots. Les pièces voisines sont plus élevées que les cabanons et leur sol est de niveau avec celui du couloir. — Autrefois, on conduisait les aliénés aux cabanons par un escalier de 18 marches donnant sur ce jardin, qui est très bien, et on les introduisait par une porte donnant sur ce jardin. Cette pratique était meilleure, car elle évitait les inconvénients de l'escalier actuel qui font que les malades sont effrayés par l'aspect de cet escalier sans éclairage qui semble les conduire (et c'est vrai) dans une cave. Il y a deux mois, un malade y a séjourné *quatorze jours*.

A l'hôpital du Puy, nous avons vu dans les salles des *déments* des deux sexes, sujets à des *périodes d'excitation* et dont la véritable place est dans un asile d'aliénés. En revanche, on n'y reçoit que « le couteau sur la gorge », les épileptiques et les idiots. Il y a deux catégories de cabanons. Les plus anciens constituent de véritables cachots. Ils sont voûtés, sans air et sans lumière. La

vieille religieuse (35 ans de services) qui nous accompagne, nous dit y avoir soigné naguère dans l'un d'eux une folle pendant 15 ans. L'un de ces cachots lui sert encore à mettre les vieilles femmes qui troublent le repos des autres. Plusieurs de ces cabanons, servent de débarras. Les cellules, dit la supérieure, n'étaient pas commodes pour le service, mais les malades pouvaient y vivre. — Les trois cabanons actuels sont situés au rez-de-chaussée du bâtiment principal de l'hospice, derrière la cuisine, en contre-bas du sol, dans une cour isolée, loin de la surveillance. Ils sont précédés d'un couloir. Ils ne reçoivent de jour que par une imposte grillée en long et en travers, ouvrant sur le couloir. On passe la nourriture aux malades par le guichet de la porte, richement pourvue de verrous. Les malades, nous fait-on remarquer, ne pourraient y rester longtemps, *car leurs jambes enflent.* La durée ordinaire du séjour est de 10, 12, 15 jours et même 3 semaines.

Nous ajouterons le récit d'un fait déjà ancien, mais que nous n'avons pas encore utilisé et qui mérite d'être connu, car il met bien en relief les inconvénients des pratiques actuelles: il concerne l'hospice des Andelys, dans l'Eure :

1° Les aliénés sont admis à l'hospice aux mêmes conditions que les malades, mais à titre temporaire seulement, en attendant que les formalités d'admission à l'Asile spécial soient remplies. La durée est variable selon l'empressement apporté par l'administration communale et départementale pour demander le transfert et aussi suivant les conditions d'admission à l'Asile, soit aux frais de la famille, de la commune ou du département; en résumé, on peut compter un minimum de 20 jours ; ce délai est toujours trop long, attendu que le service des hôpitaux n'est pas organisé pour exercer une surveillance continue et qu'il serait inhumain d'enfermer dans les cabanons des personnes atteintes seulement de démence. 2° En ce qui concerne l'événement survenu en 1881 à l'hospice, voici ce que j'en ai recueilli : M[lle] Jobey, Marie-Victorine, âgée de 66 ans, entrée à l'hôpital le 23 novembre 1881 sous la rubrique : dé-

mence sénile, paraissait calme quoique divaguant, mais rien dans ses actes n'indiquait que l'on devait observer une surveillance absolue, elle circulait dans les corridors comme les malades ; le 29 novembre, vers midi, pendant le déjeûner des sœurs, elle a disparu sans que l'on sache où elle était passée, on se mit alors à faire des recherches dans la maison, mais inutilement ; comme il était venu plusieurs personnes visiter des malades, on a pensé qu'elle avait dû profiter que la porte était restée ouverte pour sortir, alors on fit des recherches dans les bois voisins et on sonda les bords de la Seine, mais en vain.

Comme elle avait été domestique dans un château aux environs de Rouen, on pensa qu'elle avait pu s'y rendre, mais c'était encore une fausse piste ; enfin, au bout de 4 semaines, une domestique ayant besoin de monter dans un grenier inoccupé, trouva la porte fermée en dedans, on l'ouvrit de force, et, dans un coin du grenier, on découvrit le cadavre en décomposition de M[lle] Jobey, debout, adossé à une échelle dressée au mur. Est-elle morte de congestion ou d'inanition ? cela n'a pas été établi ! Depuis on n'a jamais retrouvé la clef de cette porte.

Tout cela prouve que les premières recherches avaient été mal faites, mais c'est un peu excusable, car tout le monde pensait qu'elle avait dû sortir de l'Etablissement.

Ce fait se passe de commentaire !

Comme conclusion, nous ne pouvons que répéter ce que nous écrivions ailleurs il y a six mois, et insister encore une fois auprès de M. le ministre de l'intérieur « pour qu'il se fasse renseigner d'urgence sur les conditions matérielles des cabanons de tous les hôpitaux et hospices de province ; pour qu'il exige des transformations radicales de ces cachots, et surtout pour que les malades soient dirigés immédiatement, ou au moins dans les 24 heures, sur les asiles du département. C'est là une réforme qui peut être réalisée en quelques jours, réforme modeste, il est vrai, mais qui rendrait d'incontestables services à un grand nombre de malheureux. »

BOURNEVILLE.

DEUXIÈME PARTIE

—

Clinique.

I.

Nouveaux cas d'idiotie avec cachexie pachydermique

(IDIOTIE CRÉTINOÏDE OU IDIOTIE MYXŒDÉMATEUSE);

Par BOURNEVILLE.

Les cas d'idiotie avec cachexie pachydermique sont beaucoup plus communs qu'on ne pourrait le croire, si l'on en jugeait d'après le petit nombre des malades de cette catégorie qui sont admis dans les asiles. Cette rareté s'explique d'ailleurs par la difficulté qu'opposent les administrations à la réception des malheureux enfants atteints d'imbécillité et d'idiotie. Il y a quelques mois, notre ami, M. le Dr P. Marie, nous a donné la photographie, prise par le garçon de laboratoire de la clinique de la Salpêtrière, d'une jeune fille de Bonneval (Eure-et-Loir) atteinte d'idiotie crétinoïde[1]. Un autre de nos amis, M. le Dr Guillaumin, médecin à Nogent-le-Roi, dans le même département, nous a fait voir à la fin de septembre deux autres cas tout à fait caractéristiques. Ce sont ces cas que nous allons rapporter, bien qu'il ne nous ait été possible de prendre que des notes sommaires.

OBSERVATION I. — Vas... (Georges), cinq ans, habitant la commune de Pinthières. — *Père*, grand, fort, physionomie régulière, intelligent. — *Mère*, assez grande, bien portante. — Deux *frères* en bonne santé. — Aucun des membres de la famille ne présente un aspect rappelant celui de l'enfant. — Un cousin germain est faible d'esprit et fait des fugues fréquentes (épilepsie larvée ?). — Pas de consanguinité.

Vas... a 76 centimètres de hauteur; il marche seul, lourdement, lentement. Sa physionomie est tout à fait caractéristique; sa tête

[1] Nous publions plus loin l'observation de cette malade.

ressemble à celle du Pacha et de Graf..., dont nous avons publié l'histoire (voir *Arch. de Neurolog.*, 1886, tome XII, p. 142, 145 et 292, et *Compte-rendu de Bicêtre*, pour 1886.) Les cheveux, peu abondants sur la moitié postérieure du crâne, sont rares en avant et ont une coloration rousse. Le cuir chevelu est le siège de crasses et d'une éruption eczémateuse qui se reproduisent sans cesse. La *fontanelle antérieure* persiste et est encore large. Les sourcils sont peu fournis, les cils assez abondants; le nez est *camus*; les lèvres sont très épaisses ainsi que la langue qui sort souvent de la bouche. La *dentition* est en retard; les canines viennent seulement de percer. Les joues sont épaisses.

Le cou est court et ni M. le Dr Guillaumin, ni nous-même, n'avons pu sentir la glande thyroïde. Il existe des paquets pseudo-lipomateux dans les creux sus-claviculaires et dans les aisselles. Les membres supérieurs et inférieurs sont courts et gros. Les mains sont épaisses, pseudo-œdémateuses, ainsi que les pieds, mais ceux-ci à un moindre degré. Le ventre est large, volumineux. Il n'y a pas de hernie inguinale, mais nous avons trouvé une petite *hernie ombilicale*. Les testicules ont la dimension d'un œuf de passereau.

La *parole* est limitée à quelques mots simples. La *voix* est éraillée, rauque, stridente. Le regard est hébété. V. ne s'aide en rien; il tient un peu les objets avec les mains. Il est gâteux, frileux, résiste au mouvement et aime beaucoup le lit. La peau est pâle, cireuse.

Observation II. — Pih... (Pauline), vingt-sept ans, réside dans la commune de Croisilles. Ses parents sont bien portants; pas de goîtreux, pas de consanguinité; inégalité d'âge de deux ans. Elle est la cinquième et dernière enfant; les autres sont en bonne santé. Elle n'a pas eu de convulsions et on ne sait à quoi attribuer la maladie. Sa taille n'est que de 89 centimètres.

Cheveux longs, d'un brun roux, peu abondants en arrière et sur le bas des tempes, très rares sur les régions pariétales et temporales supérieures. Crasses presque généralisées du cuir chevelu, se reformant très rapidement. Tête grosse, surtout en arrière; pariétaux très fuyants; *fontanelle antérieure non oblitérée :* on sent une rainure large de cinq à six millimètres et longue de plusieurs centimètres. Front bas, ridé, peau de la face jaune, cireuse; paupières supérieure et inférieure pâles, bleuâtres, bouffies, comme œdémateuses. Sourcils assez maigres, cils peu fournis. En raison de la bouffisure des paupières, les yeux sont enfoncés et paraissent petits. Le regard est sans expression. *Nez camus* très prononcé, épaté : lèvres très épaisses, entr'ouvertes; bouche large; double rangée de dents comme chez le Pacha (1e dentition et 2e incomplète). *Langue* très épaisse. Bajoues volumineuses et

tremblottantes. Prognathisme très accusé qui, avec les autres caractères du visage et du crâne, lui donnent un aspect simien tout à fait hideux.

Le *cou* est court et ni M. Guillaumin, ni nous, *n'avons pu percevoir la glande thyroïde. Masses* pseudo-lipomateuses sus-claviculaires très nettes; celles des aisselles sont moins prononcées. — Thorax déformé par une déviation du rachis (rachitisme); seins flasques, de la grosseur d'une moitié de mandarine; mamelons déprimés. Ventre large et très gros.— *Hernie ombilicale.*— Fesses assez grosses, balottantes.— Grandes lèvres assez développées avec un bouquet de poils assez longs mais rares; rien au pénil. Pih... n'a jamais été réglée; elle aurait rendu une fois dn sang par la bouche. Les membres supérieurs et inférieurs sont gros, courts; les mains et les pieds offrent les caractères classiques. La *parole* est limitée à quelques mots. La *voix* est stridente, rauque, éraillée. Pih... reconnaît ses parents, ses voisines, sait expliquer surtout par signes, ce qu'elle veut; elle mange seule, ne gâte pas, est sujette à la constipation. Sa démarche est très lourde, très lente, dandinante. Pih... est très sensible au froid. Sa peau est jaunâtre. cireuse; eczéma des lombes, du dos et un peu des bras.

Ces deux malades présentent dans l'ensemble et dans les détails *tous* les caractères de nos anciens malades, atteints d'*idiotie avec cachexie pachydermique*. Aussi nous contenterons-nous de quelques remarques. Tous deux ont le nez *camus* (c'est la règle), bien que leurs parents aient des nez aquilins.

De même que nos autres malades, ils ont : 1° des *cheveux* brun-*roux* ou blond-*roux*, gros, rudes et rares, principalement sur la région moyenne de la moitié antérieure de la tête; — 2° le cuir chevelu est le siège d'une *éruption eczémateuse;* — 3° la *fontanelle antérieure* est persistante[1]; — 4° la dentition défectueuse et en retard; — 5° la *peau* cireuse, un peu jaunâtre, luisante, eczémateuse; — 6° la partie inférieure des joues épaissie, comme tremblottante; — 7° les creux sus-claviculaires et les aisselles sont gonflés par des masses pseudo-lipomateuses; — 8° les mains et les pieds sont épais, boursouflés, comme œdémateux, bien que nulle part, la pression du doigt ne laisse d'empreinte; — 9° la *voix* est rauque, stridente, érail-

[1] Chez Then..., dit le Pacha, mort à 24 ans, la fontanelle persistait. Il en est de même chez Gra..., âgé de 30 ans, qui est encore dans notre service. Il en était encore ainsi chez un autre enfant dont nous publierons prochainement l'observation dans le *Progrès médical.* Même chose chez un malade de Curling, de M. Bouchaud, etc., etc.



lée : c'est le caractère qu'elle avait chez tous les *idiots crétinoïdes* que nous avons observés, caractère que nous n'avons pas suffisamment mis en relief; — 10° nous avons vu que le Pacha et Gra... avaient des *hernies inguinales*, nos deux nouveaux malades ont des *hernies ombilicales ;* cette *fréquence des hernies inguinales* et *surtout ombilicales* mérite d'être relevée; — 11° notons enfin l'*absence probable de la glande thyroïde* qui, ainsi que nous l'avons démontré dans notre travail avec M. Bricon, paraît être la caractéristique anatomo-pathologique de l'*idiotie crétinoïde* [1].

La note qui précède a paru dans le numéro 48 des *Archives de neurologie* (p. 431). Dans le numéro suivant nous avons publié l'observation de la malade de Bonneval, à laquelle nous avions fait illusion. Nous la devons à l'obligeance de M. le Dr Camuset, médecin-directeur de l'asile de Bonneval, à qui nous avions signalé son existence. Voici cette intéressante observation.

Observation III. — *Père alcoolique et grand-père violent. — Oncles et tantes paternels ivrognes. — Aucun antécédent maternel. — Terreur et coups durant la grossesse.*

Aspect normal à la naissance. — Marche à cinq ans. — Parole vers six ou sept ans. — Ecoulement vulvaire sanguinolent et leucorrhéique. — Description de la malade. — Caractères de la cachexie pachydermique. — Fonctions organiques. — Etat psychique.

Amélina F... est une idiote atteinte de cachexie pachydermique à un très haut degré. Elle est âgée de vingt-quatre ans. Elle habite un petit village d'Eure-et-Loir, *Vrainville*, où elle est née. Elle vit chez ses parents, qui la soignent assez bien. Sa mère s'est toujours efforcée de développer son intelligence, et il est certain qu'elle est arrivée à relever un peu son niveau intellectuel.

Antécédents héréditaires.— Il n'y aurait pas d'aliénés ni d'épileptiques dans la famille paternelle, non plus dans la famille maternelle. — Le père et la mère sont bien portants. La *mère* paraît exempte de toute tare névropathique, mais elle est rhumatisante et issue de rhumatisants. — Le *père*, d'ailleurs bien portant, est un ivrogne endurci très méchant après ses excès. Il appartient à une famille nombreuse : six *frères*, une *sœur*, tous *ivrognes*. — Leur père était également buveur.

[1] Nous avons constaté cette absence de la glande thyroïde à l'autopsie d'un nouveau malade, nommé Bourg...

La mère prétend que, pendant qu'elle était enceinte, son mari étant ivre l'a menacée et frappée, et que c'est la terreur qu'elle a éprouvée qui a été cause de la difformité de son enfant. — Il ne faut retenir de cette histoire qu'une chose, c'est que le père est un ivrogne et qu'il entre en fureur quand il est ivre. Amélina F... a eu deux frères, ses aînés. Ils sont morts en bas âge, l'un du croup, l'autre de la dysenterie.



Fig. 18

Antécédents personnels. —Notre idiote n'a jamais eu de maladie sérieuse. A sa naissance elle n'offrait rien d'anormal, ce n'est que plus tard qu'on s'est aperçu qu'elle devenait grosse et qu'elle se développait mal. Elle a marché très tard, à cinq ans. Vers douze ans, elle marchait seule, aujourd'hui elle ne peut plus le faire

elle n'a commencé à parler que vers six ou sept ans. Nous verrons qu'est, chez elle, la faculté du langage.

Vers l'âge de quatorze ans, elle aurait perdu par la vulve quelques gouttes de sang avec beaucoup de liquide glaireux. Depuis, on n'a jamais observé le moindre écoulement sanguin, mais souvent, à des intervalles irréguliers, il s'établit un écoulement vaginal glaireux qui dure plusieurs jours. Pendant ces périodes, la face deviendrait plus colorée, les lèvres plus livides encore qu'elles ne le sont à l'état normal, enfin le sujet serait souffrant et mangerait mal.

Etat actuel d'Amélina F... — Une tête relativement énorme, aux traits boursouflés et sans expression, aux lèvres épaisses, cyanosées et renversées en dehors, la langue très grosse faisant ordinairement saillie, aux yeux très écartés et bridés par des paupières bouffies, au teint jaune cireux. Cette tête hideuse, qui seule suffit à faire reconnaître une *cachexie pachydermique* prononcée, surmonte un corps tout petit, un corps d'un enfant de deux ans, mais d'un enfant difforme, bossu et à gros ventre (*fig.* 18).

La *taille* du sujet est de $0^{m}86$, et le corps mesuré à partir de la clavicule, c'est-à-dire sans la tête ni le cou, a $0^{m}60$ de hauteur.

Il existe partout, sous la peau, un pseudo-œdème plus ou moins abondant, selon les régions. Cette couche sous-cutanée est très épaisse à la face, au-dessus des clavicules, aux aisselles, aux parties inférieures des joues et sous les oreilles (bajoues), aux extrémités, mains et pieds. — En pressant la peau avec le doigt, on éprouve une sensation *sui generis*, celle que donnerait une substance molle cédant sous la pression, mais, le doigt enlevé, il ne subsiste pas d'empreinte. Ce sont là les caractères du pseudo-œdème de la cachexie pachydermique.

La *peau* est jaune cireux à la face, sauf au milieu des joues où elle est rouge foncé. Ailleurs, la teinte cireuse est moins prononcée; aux cuisses et au dos, la peau est même rosée. — La peau est en général rugueuse. Aux bras, il existe une sorte d'icthyose léger ; aux cuisses, elle est au contraire douce. Aux mains et aux pieds, elle est particulièrement dure et épaisse. A la partie inférieure du dos et sur une partie du ventre, elle est sillonnée par de nombreuses veines très marquées.

Tête. — Le *crâne* est symétrique, ou, du moins, la voûte du crâne est symétrique.

Circonférence horizontale prise au niveau des sourcils. .	$0^{m}56$
Diamètre transversal maximum.	$0^{m}15$
Diamètre antéro-postérieur maximum	$0^{m}175$

La *fontanelle antérieure* n'est pas ossifiée. — Le cuir chevelu est

crasseux et eczémateux, surtout en avant. A cet endroit, les *cheveux* sont très rares, l'alopécie presque complète. Plus en arrière, les cheveux sont assez fournis, ils sont très courts, secs et de couleur châtain-roux. — Les *oreilles* sont grandes, épaisses, mais régulières, le lobule détaché, elles sont très inclinées en bas et en avant.

Face. — Elle est un peu asymétrique et bien plus large que le crâne. Les yeux ne sont pas sur le même plan, le gauche est plus haut que le droit. Si donc la voûte du crâne est symétrique, la base ne l'est pas. — Le *front* est très bas et sillonné de rides horizontales profondes. Les *sourcils* sont à peine marqués.

Les *yeux* peu ouverts sont bridés par les paupières pseudo-œdémateuses. L'iris en est bleu. Ils sont très éloignés l'un de l'autre. Il y a 4 centimètres entre l'angle interne des paupières d'un côté et l'angle int[illegible] des paupières du côté opposé.

Le *nez* es[illegible]ent camard. Saillie des os propres presque insensible à[illegible] na[illegible]ance de l'organe; narines très écartées. La respiration [illegible] le[illegible]z est difficile et bruyante, la muqueuse est sans doute é[illegible]

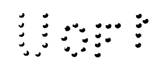
La *bouche* e[illegible]grande, un peu oblique de gauche à droite. Les *lèvres* son[illegible]ses, bleuâtres, renversées en dehors. — La *langue* est énor[illegible]reste presque toujours, en partie, hors de la bouche. Elle est [illegible]e bleuâtre comme les lèvres, comme toute la muqueuse buccal[illegible] reste.

Les *dents* sont [illegible]rtie gâtées. La première dentition a persisté. Il y a dix[illegible], ou débris de dents, à la mâchoire supérieure et autant[illegible]mâchoire inférieure. En plus, quatre dents permanentes[illegible]oussé à la mâchoire inférieure, quatre incisives. Il y[illegible] à la partie médiane de la mâchoire inférieure une d[illegible]ngée de dents.

[illegible]Le cou est très court; sa circonférence est de 0^{m} 33; il [illegible]ès myxœdémateux, surtout au-dessus de chaque clavicule. On ne peut percevoir la *thyroïde*. Cette glande n'existe pas, autant qu'on peut être affirmatif sur ce point en l'absence d'autopsie.

Tronc. — Très myxœdémateux, surtout au niveau des aisselles. La *colonne vertébrale* est déviée à la région dorsale; la convexité tournée à droite fait une saillie assez prononcée. — Le *ventre* est très gros, sa circonférence = 0^{m} 60. — *Hernie inguinale* droite qui reste ordinairement réduite sous bandage, mais qui sort au moindre effort. — Une *hernie ombilicale* aurait guéri spontanément. Elle ne sort plus depuis plusieurs années. — *Chute du rectum* fréquente. La mère est habituée à réduire le rectum en prolapsus.

Membres. — Ils sont gros, potelés par le fait du pseudo-œdème. Les attaches sont épaisses. Les membres supérieurs égaux ont 0^{m} 22 de longueur, les inférieurs, également égaux, ont 0^{m} 31. —



La peau du bras est, nous l'avons déjà dit, très rugueuse, icthyosique. — Aux mains et aux pieds, la peau est épaisse, rude et un peu eczémateuse. Les extrémités rappellent celles des gros pachydermes. C'est, on le sait, cette analogie, notée depuis longtemps, qui a servi à M. Charcot pour dénommer l'affection. — Les *ongles* sont difformes et cassants.

Organes sexuels. — La *vulve* est celle d'une petite fille de trois ou quatre ans. La muqueuse est bleuâtre, mais moins que celle des lèvres. Au moment de l'examen, il n'y avait pas trace d'écoulement vaginal. — Il n'y a pas de poils au pubis. — Aux grandes lèvres, on voit quelques poils follets courts et blonds.

Les *mamelles* ne sont pas développées. On ne sent pas trace de glande sous les mamelons. La partie antérieure du thorax est recouverte d'une couche pseudo-œdémateuse épaisse.

Viscères. — Autant qu'il nous a semblé, ils sont sains et ne présentent rien de particulier. — Le cœur, que l'état cyanosique des muqueuses pouvait faire supposer lésé, n'offre à la percussion et à l'auscultation rien d'anormal.

Digestion. — Amélina F... mange peu, mais régulièrement. Son régime consiste presque exclusivement en pain et en lait; ce sont les aliments qu'elle préfère; elle aime aussi les sucreries. — Les digestions sont ordinairement bonnes, F... est cependant sujette à la diarrhée. — Il est à propos de noter qu'elle a été longtemps gâteuse. Sa mère avoue qu'elle n'est arrivée à la rendre propre qu'en employant des moyens brutaux, en la fouettant.

Circulation. — *Respiration.* — La respiration est normale. Quand elle se fait par le nez, elle est bruyante et un peu gênée ; ce qui tient sans doute au pseudo-œdème de la muqueuse nasale. — La circulation est peut-être défectueuse, aux extrémités au moins ; la température des extrémités est, en effet, relativement trop basse. — Les bruits du cœur sont bien rythmés et réguliers. Le pouls bat 95 pulsations à la minute. La température axillaire est de 35°,5. — Mais les examens du pouls et de la température ont été trop peu nombreux, la malade n'étant pas dans un service d'hôpital ou d'asile, pour que nous puissions, sous ce rapport, présenter les résultats d'une observation sérieuse.

Marche. — La malade ne peut marcher sans s'appuyer sur les meubles ou sur la muraille ou sans être tenue par la main. Elle parvient alors à faire quelques pas lourds et pénibles. Elle peut se tenir pendant quelque temps debout, immobile, sans point d'appui. Il paraît qu'autrefois elle marchait seule et sans soutien.

Voix. — Elle est rauque, le timbre en est très bas. Les paroles, presque inintelligibles, sont lentement prononcées; le vocabulaire



est, du reste, très restreint. La tonalité et la raucité de la voix dépendent probablement de la présence du myxœdème sous la muqueuse du larynx et des cordes vocales.

Etat psychique.— Les facultés mentales sont très rudimentaires. Amelina F... passe sa vie assise sur un fauteuil-lit, à jouer avec une poupée ou avec des chiffons qu'elle pique avec une aiguille, mais elle est incapable de coudre. Son facies est alors absolument impassible, sa bouche entr'ouverte, son énorme langue à moitié tirée. Si on lui offre un bonbon, elle sourit, ce qui donne passagèrement un peu d'expression à sa physionomie. Elle ne répond guère qu'à sa mère et par monosyllabes : oui, non. Parfois elle prononce quelques mots que sa mère traduit. La mémoire est relativement plus développée que les autres facultés. Elle nous reconnaissait quand nous allions la voir et elle nous nommait dans les intervalles de nos visites, sans doute dans l'attente de quelques sucreries. Elle est douce et se met rarement en colère.

M. le Dr Camuset accompagne son observation des réflexions suivantes :

« Somme toute, idiotie prononcée; un degré de plus, la vie serait absolument végétative, et ce degré, elle l'eût atteint sans les soins affectueux de sa mère qui trouve en elle, il faut bien le dire, une source de profit en la promenant dans les marchés et dans les foires de la région. Dans les fêtes de nos campagnes, comme dans celles des faubourgs de Paris, un beau cas tératologique a toujours du succès.

« Nous pensons que la cachexie pachydermique s'est déclarée quelque temps après la naissance et qu'elle a provoqué l'arrêt de développement du sujet. — L'idiotie est la conséquence de cet arrêt de développement et de la cachexie pachydermique elle-même. Cette affection, on le sait, produit toujours, même chez l'adulte, une lésion par défaut des fonctions psychiques. Comme nous l'avons dit au début, Amélina F... présente l'état crétinoïde au degré le plus avancé. Aucun des signes énumérés par M. Bourneville ne fait défaut. »

Nous avons pu ajouter à l'observation très intéressante de M. le Dr Camuset la *fig.* 18, d'après une photographie, prise, comme nous l'avons dit, à titre de curiosité par le garçon de laboratoire de la clinique de M. Charcot. De plus, nous donnons une figure représentant la malade Pih... de Croisilles dont nous avons rapporté l'observation plus haut. Cette *figure* 19 est faite d'après une photographie due à un artiste de

passage, qui nous a été envoyée par notre ami le Dr Guillaumin [1].

Si l'on veut bien comparer ces figures à celles que nous avons insérées dans notre ancien travail [2], on verra que tous ces malades ont une *physionomie* tout à fait semblable et *caractéristique;* l'état du cou, des membres et, en particulier, des pieds et des mains est toujours le même.



Fig 19.

Dans le n° 51 du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique* (1888), M. le Dr G. Cousot a publié un cas

[1] Ces figures ne sont point parfaites. En pareil cas, il faut bien montrer les pieds, les mains, la tête, le cou, etc.

[2] *Archives de Neurologie*, 1886, t. XII, p. 137, 292.

très intéressant d'idiotie avec cachexie pachydermique. Contrairement à certains auteurs français, notamment MM. Ball, Arnozan et Régis qui affectent d'ignorer les travaux que nous avons publiés sur cette question, soit seul, soit en collaboration avec notre ami le Dr Bricon, ainsi que nous aurons l'occasion de le démontrer, le médecin belge rappelle nos travaux et déclare que c'est après leur lecture qu'il a pu porter un diagnostic exact. Voici son observation :

Observation. — *Père, éléphantiasis de la jambe gauche. — Sœur hémiplégique. — Rien de particulier à la naissance. — Premiers signes de cachexie pachydermique. — Etat intellectuel et physique de la malade à trente et un ans. — Absence probable de la glande thyroïde. — Mort dans le marasme à trente-deux ans.*

Elisa X..., de Lesse (Dinant), avait trente et un ans à l'époque où nous l'avons examinée; elle ne mesurait pas un mètre de hauteur. Son père a souffert longtemps d'un éléphantiasis de la jambe gauche; il mourut épuisé à soixante-huit ans. La mère est une femme énergique, bien portante; elle a eu neuf enfants : deux garçons vigoureux et sept filles. Parmi celles-ci, l'une est morte jeune, succombant à une affection que l'on n'a pu m'indiquer, une autre est hémiplégique, une troisième, l'enfant cadet de la famille, est le sujet de cette communication.

A la naissance, Elisa X... était un bel enfant, sain et bien portant : à cet égard il ne doit subsister aucun doute, la mère dont nous tenons ce renseignement, étant, par profession, habituée à juger des enfants nouveau-nés. Vers l'âge de six mois, la figure de l'enfant commença à manquer d'expression, la langue devint volumineuse et sortait souvent de la bouche : la croissance fut entravée. A l'âge de deux ans, Elisa X... subit une légère atteinte de variole.

On éprouvait un sentiment de répulsion quand on approchait de ce pauvre être pour la première fois. Bourneville et Bricon rapportent l'observation du « crétin des Batignolles » et celle d'un idiot pachydermique que ses compagnons d'asile surnommaient le Pacha. Les voisins de Elisa X... ne mettaient pas le même esprit, ni la même charité dans leurs appellations !

Elisa X... présente un air bestial, sa figure est repoussante; la peau est pâle, mate, bouffie ; les paupières, atteintes de blépharite chronique, sont dépourvues de cils; les paupières supérieures sont très gonflées, comme dans un cas d'anasarque très prononcé ; les yeux ne se découvrent jamais complètement; le nez est très aplati à sa racine et largement implanté, les ailes du nez sont grosses et les narines largement ouvertes (nez camus); les lèvres sont épaisses ; la lèvre inférieure est retroussée vers le menton ;

la langue énorme sort constamment de la bouche d'où s'écoule un flot de salive qui mouille la partie inférieure du visage et les vêtements; la partie inférieure du visage s'avance (en museau); les oreilles sont bien ourlées, les mâchoires en partie dégarnies supportent des dents noires, cariées, irrégulières de forme et d'implantation ; la chevelure noire, peu abondante, est formée de cheveux courts, gros et raides : la face entière est bouffie et les joues pendantes; le teint du visage est blême.

Le crâne ne présente aucun caractère particulier; en voici les principales dimensions prises sur le vivant :

Diamètre bipariétal	= 13	centimètres.
— biauriculaire	= 12	—
— bimastoïdien	= 13	—
— fronto-occipital	= 18	—
— du menton au sommet du crâne	= 22	—
Circonférence horizontale totale	= 53	—

La courbure dorsale de la colonne vertébrale est très prononcée, le dos étant très voûté.

L'ensemble du corps est énorme, gonflé comme par un œdème dur généralisé; la peau est partout sèche et épaisse.

Le cou est court, presque nul; sur les côtés. la peau est soulevée par des masses molles qui font disparaître la transition vers les épaules. En avant, on palpe aisément le larynx et la trachée, il n'existe pas de goître.

La poitrine est globuleuse, le dos est voûté, arrondi, les côtes inférieures sont élargies, rejetées sur les côtés; le ventre est énorme, proéminent et présente une légère hernie ombilicale. Sur tout le tronc, la peau est cireuse, blafarde; à certains endroits, il existe un peu de desquamation; nulle part, pas même aux lieux de prédilection (aisselles, etc.), on ne rencontre trace de transpiration.

Les membres supérieurs sont gros ; les extrémités sont *froides*, sèches, rugueuses. La main et les doigts sont élargis; le pied est gonflé, épais. Dans les derniers temps de la vie, les membres avaient beaucoup diminué de volume, la peau y était ridée, sans moiteur et donnaient une très désagréable impression de froid. On ne trouvait de poils sur aucune partie du corps.

Voici les dimensions des différentes parties des membres :

Membre supérieur. — 40 centimètres....	Bras : 16 centimètres; Avant-bras : 14 centimètres; Main : 10 centimètres.
Membre inférieur.	Cuisse et jambe : 38 centimètres; (du trochanter à la malléole); Pied (longueur) : 12 centimètres.

La taille ne mesurait pas un mètre.

Les cavités thoracique et splanchnique, examinées par les

différents modes, ne présentent aucune anomalie. Le cœur, le foie, la rate, sont dans les limites habituelles.

L'intelligence ne s'est jamais développée : pour tout langage, Elisa X... possède quelques grognements de mécontentement ou de satisfaction ; il n'existe aucune mémoire : peut-être reconnaît-elle sa mère qui la soigne. En dehors de cela, elle reste apathique, indifférente à tout ; elle ne paraît avoir aucun désir ; elle remue de ses doigts inhabiles tout ce qu'on place devant elle comme un enfant de quelques mois fait d'un hochet. La sensibilité est obtuse, car il faut irriter assez fortement la peau pour susciter un cri de mécontentement. Elle entend, car elle se retourne parfois à la voix de sa mère ; et elle voit les objets qu'on place sur la tablette de sa chaise, ou la nourriture qu'on lui présente. Elle ne peut marcher et ne se tient debout qu'en s'appuyant à un meuble, à un mur.

Elle mange malproprement et gloutonnement. Elle est très constipée, au point de rester des semaines entières sans garde-robes. Souvent elle urine au lit.

Le pouls est petit, bat environ quatre-vingts fois à la minute. A l'auscultation du cœur, il n'y a pas de différence entre les deux bruits qui sont réguliers et égaux. Il existe une lenteur circulatoire évidente : constamment elle est un peu cyanosée surtout aux extrémités ; au moindre effort la cyanose augmente considérablement. Sur toute la surface du corps, on éprouve une sensation désagréable de froid.

L'œdème des pieds et de toute la surface du corps ne conserve pas l'empreinte du doigt. Les urines ne renferment pas d'albumine. A quatre reprises différentes — de vingt à trente ans — Elisa X... a présenté un écoulement vaginal sanguinolent manifeste.

Cette pauvre enfant est morte dans le marasme, âgée de trente-deux ans. L'ouverture du cadavre a été obstinément refusée.

Nous retrouvons là tous les caractères que nous avons relevés dans nos précédentes observations, et en particulier dans les n°s 48 (p. 431) et 49 (p. 85) des *Archives de Neurologie :* physionomie bestiale, face pâle, mate, bouffie ; lésions chroniques des paupières qui sont gonflées ; nez camus ; lèvres épaisses, langue volumineuse ; dents cariées, irrégulières de forme et d'implantation ; joues pendantes ; cheveux peu abondants, courts, gros et raides ; cou court ; glande thyroïde imperceptible au palper ; poitrine globuleuse ; dos voûté ; ventre énorme, proéminent, hernie ombilicale ; membres supérieurs et inférieurs gros ; mains et pieds élargis, gonflés, épais ; cyanosés ; froids ; absence de poils aux aisselles et

au pénil; peau cireuse, blafarde, avec un peu de desquamation; taille d'un mètre; enfin, au point de vue intellectuel, tous les symptômes de l'idiotie complète.

Ce fait, joint à ceux que nous avons rapportés précédemment, nous paraît justifier la création d'une forme particulière d'idiotie, sous le nom d'idiotie avec cachexie pachydermique, liée à l'absence de la glande thyroïde[1].

Une étude attentive de ces nouvelles observations montre aussi que les malades offrent tous les mêmes symptômes et que ces symptômes sont absolument analogues à ceux que nous avons minutieusement décrits.

Chez aucun des malades *vivants* dont nous avons publié l'observation, ainsi que chez une autre, Wau...., dont nous parlerons plus tard, il n'a été possible de sentir la glande thyroïde : il ne *paraît* y avoir rien entre la peau et les cartilages de la trachée. Les deux autopsies pratiquées par Curling, celle de M. Fletcher Beach, celle de M. Bouchaud, les nôtres, au nombre de *trois*, ont démontré que dans ces cas, *la glande thyroïde n'existait pas.*

Aujourd'hui, il nous semble donc indiscutable que la forme d'idiotie que nous avons décrite sous le nom d'*idiotie avec cachexie pachydermique* est parfaitement constituée, qu'elle a ses symptômes particuliers et une lésion anatomique constante.

[1] M. Régis a publié dans *l'Encéphale* (1888, p. 697), un *cas de crétinisme sporadique*, qu'il rapproche des cas de Curling, Hilton Fagge, Flechter Beach, etc., cas dont « aucun auteur français n'aurait encore parlé ». En cela, il se trompe complètement. Nous avons en effet publié la *traduction complète de leurs observations* en 1886, dans les *Archives de Neurologie* et dans notre *Compte-rendu de Bicêtre, pour* 1886. M. Régis met en doute la réalité de l'idiotie crélinoïde avec cachexie pachydermique. « Quant au myxœdème qu'on aurait observé chez les enfants, j'avoue, dit-il, n'être pas bien sûr qu'il ne s'agit pas là précisément de crétinisme sporadique. » La proposition inverse est au contraire la vérité. Il suffit de se reporter à nos observations personnelles et à celles que nous avons reproduites pour en avoir la preuve. — On pourrait faire rentrer dans ce groupe, si elle ne présentait pas quelques lacunes, une observation communiquée par M. Baillarger à la *Société médico-psychologique.* (*Annales médico-psych.*, 1857, p. 598.) Voir aussi : Langdon Down. — *On some of the mental affections of Childhood and Youth*, etc. London, 1887, p. 82-88. Nous rappellerons que nos idées sur l'idiotie avec cachexie pachydermique, ont été exposées avec détail en 1885 dans le mémoire déposé par notre ami Bricon, pour le prix Belhomme, ainsi que le constate d'ailleurs le rapport de M. Féré. (*Annales médico-psychologiques*, 1886.)

II.

Note statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité ;

Par BOURNEVILLE et COURBARIEN.

Nous n'avons pas pour objet d'exposer l'état actuel de la question si intéressante au point de vue social de la *Consanguinité.* Nos lecteurs trouveront des indications suffisantes sur l'historique et la bibliographie à l'article correspondant du *Dictionnaire de médecine* de M. Jaccoud et du *Dictionnaire des sciences médicales* de Dechambre. Nous nous proposons seulement de faire connaître, dans cette courte note statistique, les résultats du dépouillement de 926 observations recueillies dans les services consacrés aux épileptiques, aux hystériques et aux idiots, tant à Bicêtre qu'à la Salpêtrière. Dans toutes ces observations, l'absence ou la présence de parenté entre le père et la mère des malades a toujours été exactement notée. Le tableau suivant donnera une idée d'ensemble du résultat de nos recherches.

Tableau des Consanguinités.

MALADIES.	Hommes	Femmes	CONSANGUINITÉ Hommes	CONSANGUINITÉ Femmes
Epilepsie idiopathique. . . .	272	205	11	6
— symptomatique . . .	31	7	1	»
— tardive.	4	»	»	»
— procursive	1	»	»	»
— hémiplégique. . . .	37	11	1	»
Hydrocéphalie	11	»	»	»
Idiotie et imbécillité	196	56	6	1
Imbécillité et idiotie symptomatiques	44	5	5	»
Nervosisme	1	»	»	»
Méningite	1	1	1	1
Chorée	1	»	»	»
Hystérie et hystéro-épilepsie .	12	21	»	3
Folie des enfants, manie et excitation maniaque, délire des persécutions, etc.	7	2	»	2
	618	308	25	13
	926		38	

Soit en moyenne 4, 1 % pour la proportion des malades provenant de mariages consanguins à ceux issus de mariages entre étrangers.

Mais les 38 cas qui figurent dans notre tableau n'ont pas la même valeur. En effet, la parenté a été seulement notée, sans mention du degré, trois fois. — Dans trois autres observations, le père et la mère étaient parents à un degré plus éloigné que le 2ᵉ (cousin issu de germain) ; deux fois ils étaient cousins au 3ᵉ degré ; une fois au 5ᵉ ou 6ᵉ. — On ne devrait donc tenir compte que dans une certaine mesure des faits de la première catégorie qui sont douteux, et on doit sortir complètement les trois cas de la deuxième catégorie, les auteurs con-

sanguinistes ou anticonsanguinistes s'accordant à reconnaître que la parenté au delà du 6e degré n'a plus d'effets nuisibles. — En nous contentant d'éliminer ces trois dernières observations, nous ne trouvons plus que 3,76 0/0 de mariages consanguins, chiffre qui diffère peu de celui, 2 0/0, indiqué par Boudin pour la proportion des mariages consanguins aux mariages entre étrangers (*Statistique générale de France* de 1853 à 1859). Cet auteur a du reste évalué arbitrairement le nombre des mariages entre cousins issus de germains.

Il n'est pas fait davantage mention de cette catégorie de mariages dans la statistique produite par M. Lacassagne d'après les relevés du ministère du Commerce et des Travaux publics et portant sur 14 années. C'est pour cette raison, que le chiffre de 1,27 donné par cet auteur comme un maximum est trop faible.—Ces relevés, établis d'après les actes de l'état civil jusqu'en 1873, ne nous paraissent mériter du reste aucune confiance ; ils doivent être incomplets, soit que l'officier de l'état civil ne pose pas cette question, soit que les parents ne tiennent pas à déclarer leur qualité pour échapper aux dispenses exigées par l'Eglise, alors que l'état civil n'en exige point même pour les mariages entre cousins germains. Ces chiffres doivent être, à notre avis, fortement relevés ; et la proportion, variable de 1,5 à 4,5 0/0, indiquée par Darwin, dans sa statistique pour l'Angleterre et pour les mariages entre cousins germains seulement, se rapproche davantage de la vérité. — Voici, du reste comment se décomposent nos 38 cas, d'après le degré de parenté.

Consang. notée seulement.	3
Parents cousins germains.	18
— cousins issus de germains. . .	14
— cousins du 3e au 5e degré . . .	3
	38

Il semblerait, d'après ces chiffres, que le nombre des

mariages entre cousins issus de germains est presque égal à celui des unions entre cousins germains.

Sans vouloir insister davantage sur ce point, nous concluons qu'il faut accorder peu de foi aux statistiques officielles qui ont cherché à établir la proportion des mariages consanguins aux mariages entre étrangers. Cette proportion doit être doublée par l'addition des mariages entre cousins issus de germains, dont ces relevés ne tiennent pas compte. — Enfin, même en admettant ces données, un si faible écart entre ce chiffre douteux et la proportion de nos mariages consanguins nerveux ne peut pas permettre d'affirmer l'efficacité de cette cause dans la production des maladies nerveuses.

Ce n'est pas tout. Il nous a paru intéressant de rechercher dans les *antécédents* des malades issus de mariages consanguins les *autres causes* capables de produire, à l'exclusion de la consanguinité, les maladies nerveuses dont nous nous occupons.

Nous avons été frappés de cette remarque, que ces malades relèvent autant que les autres, sinon plus encore que les autres, de l'hérédité. En tenant compte de la moindre influence étiologique ou d'une cause isolée, il n'est pas un de nos malades chez lequel nous ne puissions invoquer la succession d'une tare nerveuse acquise ou héréditaire. — Or, dans le tableau dressé par M. Déjerine dans les mêmes conditions, 700 malades de notre service de Bicêtre ou de la Salpêtrière, il en reste en moyenne 31 0/0 pour lesquels pareille démonstration n'a pu être faite. — La gravité des antécédents relevés étant du reste très inégale, nous avons cru devoir diviser nos observations en deux séries.

A. — Malades a antécédents héréditaires peu marqués.

1° Paring..., Catherine. *Hystérie. Parents: cousins issus de germains.* Père alcoolique et colère. Début de la maladie à 3 ans.

2° Kesle... *Epilepsie. Parents : cousins issus de germains.* Père colère. Mère nerveuse. Début de la maladie à 40 ans.

3° Caille... *Délire des persécutions. Parents : cousins germains.* Père alcoolique et syphilis douteuse. Début de la maladie à 4 ans, à la suite d'un traumatisme.

4° Charin... *Epilepsie et idiotie. Parents : cousins germains.* Père arthritique. Mère migraineuse, nerveuse et impressionnable, fatigues de la mère durant la grossesse. L'enfant est venu au monde avant terme et en état d'*asphyxie* (1).

5° Motte... *Epilepsie tardive. Parents : cousins germains.* Père sujet à de violents accès de colère. Début de la maladie à 36 ans.

6° Blac... *Idiotie complète, symptomatique. Parents : cousins issus de germains.* Début de la maladie à la suite d'une rougeole à 19 mois.

7° Boucher... *Imbécillité symptomatique de méningo-encéphalite. Parents : cousins germains.* Père colère et déséquilibré. *Début congénital.*

Il ne nous parait pas douteux que l'*alcoolisme* ou l'*irritabilité* extrême d'un des ascendants ne soit une cause suffisante de maladie nerveuse. Bien des fois du moins, dans d'autres cas, nous n'avons rien trouvé de plus. Nous faisons des réserves pour le développement tardif de l'épilepsie. Dans les observations II et V, à 40 ans et à 36 ans, l'hérédité du mal comitial, dans ces deux cas, est plus difficile à soutenir. Dans l'observation VI, il n'existe aucun antécédent familial ; mais la maladie peut être imputable à la rougeole (?) et ce n'est pas le seul exemple que nous ayons d'une semblable étiologie ; dans l'observation V, les renseignements sont signalés comme vagues, la personne qui les fournit n'ayant connu qu'insuffisamment la famille du malade.

Dans les observations suivantes, il existe des antécédents marqués, non seulement chez le père et la mère, mais aussi le plus souvent chez les grands-parents, les oncles, tantes ou cousins des malades. L'existence d'an-

(1) L'asphyxie à la naissance nous paraît l'une des causes les plus communes de l'idiotie.

técédents chez les collatéraux, en l'absence de tout vice nerveux chez les générateurs, prouve que la famille doit être incriminée. Nous avons quelques exemples d'*hérédité collatérale.*

B. — Malades a antécédents héréditaires très marqués.

Ce groupe embrasse 28 cas :

1° Parr... *Épilepsie. Parents : cousins issus de germains.* Père apoplectique. Mère très nerveuse et colère. Grand-père maternel apoplectique. Début de la maladie à 10 ans.

2° Montcout... *Epilepsie. Parents : cousins germains.* Père alcoolique et olie rhumatismale. Grand-père paternel alcoolique mort du *delirium tremens.* Grand-oncle paternel alcoolique. Deux cousins germains morts à Bicêtre. Grand-père maternel aliéné. Une tante maternelle suicidée. Début de la maladie à 17 ans.

3° Sabat... *Épilepsie. Parents : cousins issus de germains.* Père alcoolique, migraineux et colère. Mère migraineuse. Tante maternelle hystérique. Début de la maladie à 16 ans.

4° Cousi..., L. *Epilepsie. Consanguinité* à un degré non indiqué. Père très nerveux et suicidé (?). Début de la maladie 18 ans.

5° Breha... *Méningite. Parents : cousins germains.* Grand'mère paternelle hémiplégique. Petite-cousine (cousine germaine de sa mère), folie puerpérale. Début congénital.

6° Denoy... *Épilepsie. Consanguinité* à un degré non indiqué. Père alcoolique migraineux et colère. Grand-père paternel apoplectique. Cousine germaine paternelle épileptique. Mère migraineuse, impressionnable et nerveuse. Grand'mère maternelle migraineuse. Début de la maladie à 4 ans.

7° Maupi... *Manie. Parents : cousins issus de germains.* Père aliéné. Grand'mère paternelle, démence précoce (60 ans). Début à 12 ans, à la suite d'une *fièvre typhoïde.*

8° Doubl... *Imbécillité. Parents : cousins issus de germains.* Père colère et migraineux. Grand-père paternel alcoolique avec accès de *delirium tremens.* Petit-cousin du père mort idiot à Bicêtre. Mère migraineuse. Grand-père maternel aliéné. Bisaïeule maternelle, attaques d'hystérie. Un oncle maternel, crises nerveuses de nature indéterminée. Maladie congénitale.

9° Eug... *Épilepsie. Parents : cousins germains.* Père rhumatisant. Cousin germain du père, sourd-muet. Grand'mère

paternelle morte d'apoplexie. Mère migraineuse. Grand-père maternel alcoolique et mort d'ivresse comateuse. Début de la maladie à 14 ans.

10° Parina... *Épilepsie. Parents : cousins issus de germains.* Mère arthritique. Grand-père maternel alcoolique. Grand'mère maternelle rhumatisante. Tante maternelle nerveuse. Emotion forte de la mère au début de la grossesse. Début de la maladie à 18 mois.

11° Brun... *Épilepsie. Parents : cousins germains.* Père colère. Grand-père paternel alcoolique et mort d'apoplexie. Grand'mère maternelle morte subitement. Oncle paternel paralytique général. Mère très nerveuse, migraines et fièvre typhoïde. Grand'mère maternelle, parésie des jambes. Tante maternelle excentrique. Début de la maladie à 8 ans.

12° Jacq... *Épilepsie et idiotie. Parents : cousins germains.* Père migraineux et impressionnable. Grand-père paternel rhumatisant. Mère nerveuse et migraineuse; attaques d'hystérie. Grand-père maternel alcoolique. Grand'mère maternelle très nerveuse. Bisaïeul maternel aliéné. Début congénital.

13° Thei... *Epilepsie. Parents : cousins germains.* Père, fièvre typhoïde et alcoolisme; accidents syncopaux. Grand-père paternel alcoolique. Mère, accidents cérébraux à 3 ou 4 ans, impressionnable; palpitations nerveuses; rhumatisante. Grand'mère maternelle asthmatique. Petite-cousine maternelle démente. Petit-cousin maternel suicidé. Brutalités du mari; rapports sexuels dans l'ivresse et syncopes de la mère durant la grossesse. Début de la maladie à 8 mois.

14° Gordi... *Epilepsie. Parents : cousins germains.* Père, convulsions. Mère, attaques d'hystérie. Grand'mère maternelle aliénée. Début de la maladie à 2 ou 3 mois.

15° Trib... *Epilepsie. Parents : cousins germains.* Père saturnin. Tante paternelle morte aliénée. Mère migraineuse et accidents hystériformes. Cousin maternel condamné pour vol. Asphyxie à la naissance. Début congénital.

16° Wei... *Idiotie. Parents : cousins issus de germains.* Père, enfant naturel. Oncle paternel imbécile. Mère, attaques d'hystérie. Grand'mère maternelle très nerveuse. Cousine maternelle traitée dans un asile. Huit oncles ou tantes morts de convulsions. Ennuis et troubles intellectuels de la mère durant la grossesse. Début de la maladie à 4 mois.

17° Fargi... *Epilepsie et idiotie. Parents : cousins germains.* Père alcoolique et excentrique. Mère, migraines, fièvre typhoïde, attaques d'hystérie. Grand'père maternel suicidé. Tante maternelle migraineuse. Cousin maternel paralysé. Grand'mère maternelle, deux grossesses gémellaires. Crises

nerveuses de la mère au septième mois de la grossesse. Début de la maladie à 14 mois.

18° Ram... *Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite. Parents : cousins germains.* Père migraineux et nerveux, quelques excès alcooliques. Cousin paternel mort de convulsions. Mère migraineuse et nerveuse. Asphyxie de l'enfant à la naissance. Début de la maladie à 14 mois.

19° Wath... *Imbécillité. Parents : cousins germains.* Père impaludique. Grand-père paternel apoplectique. Grand-mère paternelle alcoolique. Cousine germaine paralysée; une autre, attaques d'hystérie. Mère, intelligence faible. Grand-père maternel apoplectiqne. Grand'mère maternelle alcoolique. Oncle mort subitement. Tante aliénée. Début congénital.

20° Bul... *Idiotie. Parents : cousins germains.* Père, mariage tardif, alcoolique et absinthique, suicidé. Grand'père paternel alcoolique. Mère attaques d'hystérie et migraines. Début de la maladie à 7 mois.

21° Buvel... *Idiotie. Parents : cousins germains.* Mère migraineuse. Grand'mère maternelle asthmatique. Oncle maternel imbécile, cousin aliéné, cousine arriérée. Début de la maladie à 3 mois.

22° Berna... *Imbécillité et excitation maniaque. Parents : cousins germains.* Père arthritique, colère et très impressionnable. Grand'père paternel asthmatique. Grand-oncle paternel imbécile. Oncle paternel suicidé. Tante paternelle démente. Une cousine séquestrée dans un asile, une autre imbécile. Un cousin suicidé. Mère, attaques d'hystérie. Oncle maternel imbécile. Début congénital de la maladie.

23° Sall... *Epilepsie hémiplégique. Parents : cousins issus de germains.* Père migraineux. Grand'mère paternelle nerveuse. Oncle paternel, méningite. Mère, attaques d'hystéric. Grand'mère maternelle nerveuse. Crise nerveuse de la mère au 7e mois de la grossesse. Début *congénital* de la maladie.

24° Lefèv... *Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite. Consanguinité,* degré non indiqué. Père, caractère emporté, tentatives de suicide. Oncle paternel, convulsions. Cousin paternel suicidé. Mère très nerveuse. Grand-père paternel arriéré, idées de suicide et alcoolisme. Grand'mère alcoolique. Oncle arriéré. Cousin germain imbécile. Grand oncle aliéné. Crise nerveuse de la mère au troisième mois de la grossesse, suivie d'une métrorrhagie. Arrêt de développement, rougeole à 2 ans, méningite à 7 ans.

25° Duva... *Imbécillité. Parents : cousins issus de germains.* Père très alcoolique et migraineux. Mère nerveuse, accidents

hystériformes. Tante maternelle paralysée et démente. Grossesse accidentée. Début de la maladie à 6 mois.

26° Pigne... *Méningite. Parents : cousins issus de germains*. Père, convulsions dans l'enfance. Grand-père paternel alcoolique. Mère nerveuse. Début de la maladie à 14 ans.

27° Dol... *Epilepsie idiopathique. Parents : cousins issus de germains*. Père eczémateux. Grand-père paternel arriéré. Grand-père maternel alcoolique. Grand'tante (tante paternelle du père et cousine issue de germain) épileptique. Début de la maladie à 6 ans.

28° Faur... *Idiotie symptomatique. Epilepsie. Parents : cousins issus de germains*. Père alcoolique. Grand'mère et oncle paternels dartreux. Cousine germaine colère. Grand'père maternel aliéné et alcoolique. Bisaïeule maternelle, oncle et tante paralysés. Début de la maladie à 4 mois.

On le voit donc, si on tient compte de la plus banale des causes pouvant produire l'*hérédité névropathique*, pas un de nos malades n'échapperait à cette présomption que c'est une victime de l'hérédité ; si ce n'est qu'une présomption pour les malades de notre première série, c'est une certitude au contraire pour ceux de la seconde.

Dans les observations de cette dernière, en effet, nous avons relevé des antécédents héréditaires graves, tant chez les ascendants directs ou éloignés que chez les collatéraux. Nous ne trouvons qu'un exemple d'*hérédité directe*, et c'est l'observation VII de la seconde série qui nous le fournit. Dans les observations de Paring... et Bul..., la mère est signalée comme très nerveuse, sans qu'il s'agisse sans doute des accidents convulsifs de l'hystérie.

Au contraire, nous rencontrons à chaque instant les divers états qui, en retentissant sur le système nerveux des générateurs, peuvent influencer l'état mental du produit. C'est ainsi que nous avons relevé chez le père la *colère*, l'*alcoolisme*, l'*arthritisme*, l'*impaludisme*, la *migraine*, le *suicide*, le *saturnisme*, l'*apoplexie*; chez la mère, l'*impressionnabilité*, le *nervosisme*, les *attaques d'hystérie*, la *chorée*, la *migraine*, les acci-

dents et fatigues de la grossesse, les *rapports sexuels dans l'ivresse*. L'*hérédité collatérale* s'affirme chez les autres parents par ces mêmes accidents, l'asthme, les *convulsions*, l'*aliénation mentale*, l'*idiotie*, l'*épilepsie*, l'*hystérie*, le *suicide*, l'*apoplexie*, la *démence*. Il n'est pas jusqu'aux antécédents personnels du malade, *souffrance durant la vie utérine*, *asphyxie à la naissance*, *maladies infectieuses* qui ne puissent être invoqués dans quelques cas comme cause de la maladie.

Ce qui nous paraît évident, c'est qu'il n'est pas besoin de faire appel à la *consanguinité*, c'est-à-dire aux alliances entre parents sains pour expliquer les cas d'épilepsie, d'idiotie et d'imbécillité que nous venons d'examiner. Ici, il s'agit, comme dans la plupart des cas du reste, de descendants *tarés* au point de vue nerveux, d'héréditaires, de victimes de l'hérédité névropathique.

Loin de nous, du reste, l'idée de dissimuler ou d'atténuer les effets de la *consanguinité morbide*. Nous croyons, au contraire, que la transmission des défectuosités nerveuses d'un des générateurs au fœtus est d'autant plus sûre qu'il s'y joint des dispositions semblables chez l'autre procréateur.

L'état nerveux du fœtus, qui dépend sans doute du conflit entre les prédispositions héréditaires identiques des deux parents et les modifications acquises individuelles, et par conséquent différentes de chacun d'eux, sera plus sûrement défectueux. L'*atavisme* de la famille est prédominant dans ces cas. Les 35 malades dont nous avons résumé l'observation plus haut, ne sont pas, du reste, les seuls produits défectueux de nos alliances consanguines. Nous devons y ajouter 117 frères ou sœurs et 9 fausses couches ; sur ce nombre, 32 ont présenté les accidents suivants :

Convulsions.	11
Méningite	5
Epilepsie	3
Chorée	1
Migraine.	1
Idiotie.	1
Imbécillité.	3
Hystérie.	2
Arrêt de développement.	1
Division du voile du palais. . . .	1
Strabisme	1
Surdité congénitale.	1
Pied bot.	1
Total	32

La consanguinité ainsi interprétée n'est que de l'hérédité, de l'hérédité non pas décuplée comme on l'a dit, mais plus probable. Au contraire, l'hypothèse de la consanguinité saine est tout à fait irrationnelle. *Des parents sains ne peuvent procréer que des enfants sains*, du moins d'une manière générale, car l'hérédité ne saurait s'appliquer à tous les cas. S'il est donc indispensable de s'opposer de toutes ses forces à des alliances consanguines entre parents défectueux, il ne serait pas juste de proscrire et condamner en bloc tous les mariages entre parents.

Si les éléments ne nous manquaient pour apprécier définitivement la question, surtout en ce qui concerne la rétinite pigmentaire et la surdi-mutité, nous ne craindrions pas de dire que l'expression de consanguinité est extra-scientifique. Tout ce qu'on a dit ou écrit sous ce nom revient à l'hérédité. La question à laquelle on l'applique d'ordinaire, est, du reste, toute faite de préjugés moraux, religieux ou sociaux.

III.

Epilepsie et asymétrie fronto-faciale ;

Par BOURNEVILLE et Paul SOLLIER.

Il y a longtemps qu'on a remarqué la fréquence de l'asymétrie faciale chez les épileptiques, et M. Delasiauve, à la Salpêtrière, avait soin de la noter dans ses observations bien avant que Lasègue n'indiquât cette particularité comme un signe distinctif de l'épilepsie idiopathique, qui même d'après lui en était la conséquence. C'est en 1877 que Lasègue formula cette nouvelle théorie pathogénique de l'épilepsie dite essentielle. Il admet tout d'abord, d'après son expérience personnelle et pour l'avoir vérifié sur des centaines d'épileptiques, que tous les épileptiques idiopathiques présentent de l'asymétrie fronto-faciale. Comme d'autre part cette asymétrie provient d'un vice dans la consolidation définitive des os de la base du crâne, laquelle se produit de dix à dix-huit ans, il rapproche ces deux faits, et voit dans leur coïncidence un rapport de cause à effet, l'asymétrie fronto-faciale entraînant l'épilepsie essentielle. Cette idée de faire d'une maladie, dont la nature nous échappait et que par ignorance on qualifiait d'idiopathique, une affection symptomatique d'une malformation du système osseux du crâne était séduisante. L'épilepsie essentielle disparaissait du cadre nosologique et il n'y avait plus dès lors que des épilepsies symptomatiques. Malheureusement cette conception n'éclaire en rien le problème de l'épilepsie idiopathique, et en admettant même que la malformation crânienne soit la

véritable cause première de l'épilepsie, le mécanisme par lequel elle agit pour la produire ne nous en échappe pas moins complètement. Lasègue, du reste, s'est bien gardé d'aller au fond de sa théorie et d'en donner l'explication.

Laissons donc de côté la question de pathogénie pour ne nous occuper que du fait clinique, l'existence de l'asymétrie fronto-faciale chez les épileptiques idiopathiques. Quoique venant d'un homme aussi distingué que Lasègue, ce caractère de l'épilepsie essentielle n'attira pas une grande attention et fut admis ou rejeté sans contrôle. Un seul auteur, M. Garel, en 1878, entreprit des recherches dans ce sens sur un assez grand nombre d'épileptiques, et en même temps sur un nomdre égal d'individus normaux. Les résultats auxquels il est arrivé semblent devoir lui permettre de rejeter l'opinion de Lasègue. Mais deux causes d'erreur entachent complètement ses conclusions. D'une part, en effet, les épileptiques qu'il a examinés ne sont pas que des idiopathiques, et d'autre part il semble vouloir faire dire à Lasègue ce qu'il n'a jamais prétendu : que tous les asymétriques étaient épileptiques. Lasègue s'est contenté de dire que tous les épileptiques *idiopathiques* étaient asymétriques, mais nous ne pensons pas qu'il ait jamais voulu renverser la proposition.

Mais les assertions de Lasègue aussi bien que celles de M. Garel ne sauraient juger définitivement la question, car tous deux se sont servis pour leurs recherches de procédés défectueux et insuffisants, et Lasègue en convient lui-même en regrettant de ne pouvoir appliquer la méthode graphique à cette étude. Il ne se servait, en effet, pour apprécier l'asymétrie que de la vue et du toucher, et dans ces conditions de nombreuses causes d'erreur peuvent se glisser quand il s'agit surtout d'asymétries peu accusées. Nous avons au contraire cherché à appliquer dans ces nouvelles recherches la méthode des graphiques.

C'est dans ce but que l'un de nous, tant à la Salpêtrière qu'à Bicêtre, a pris l'habitude de faire mouler les bustes de tous les malades décédés. On a ainsi une grande collection de bustes d'épileptiques sur lesquels il est toujours facile de faire porter ses recherches et ses vérifications. A cette manière de faire il y a deux avantages considérables. Le premier et le plus important, c'est que l'épileptique qu'on étudie ayant été autopsié on est certain du diagnostic d'épilepsie non symptomatique, ce qui est indispensable, et qu'on ne saurait affirmer cependant sans preuve anatomique. Le second avantage, c'est qu'on peut appliquer sur ces moulages, qui reproduisent fidèlement la nature, des appareils qu'on ne pourrait employer avec des individus vivants. C'est sur trente bustes d'épileptiques idiopathiques que nous avons entrepris de vérifier l'idée de Lasègue, sans prévention aucune d'ailleurs dans un sens ou dans l'autre. Ce sont les résultats de ces recherches commencées l'an dernier, qui viennent d'être exposés dans la thèse récente de M. le D[r] Pison (1), faite sous notre direction à l'hospice de Bicêtre.

L'appareil que nous avons employé a été imaginé par l'un de nous, les divers crâniomètres ou stéréographes habituellement employés ne pouvant s'appliquer dans les conditions où nous opérions. Ce petit appareil, du reste fort simple, se compose d'une planchette horizontale fixée sur quatre pieds et percée d'un trou circulaire de 30 centimètres de diamètre, pour permettre à la tête du buste de passer. Au-dessous se trouve un piédestal pouvant à volonté s'élever ou s'abaisser, sur lequel on place le buste de façon à faire passer le plan de la planchette à des niveaux différents de la tête. Pour obtenir maintenant la projection d'un plan passant par un

---

(1) Pison. — *De l'asymétrie fronto-faciale dans l'épilepsie.* Th., Paris, 1888.

niveau quelconque du crâne ou de la face, voici comment on procède. Sur la planchette se trouve tracé un cercle divisé en un grand nombre de rayons également inscrits et de plus numérotés. Le cercle est représenté par une rainure dans laquelle se meut un curseur qui supporte une tige métallique divisée en millimètres pouvant glisser en restant toujours parallèle aux rayons du cercle. On peut donc amener successivement le curseur sur chaque rayon numéroté de la planchette, puis on fait glisser la tige jusqu'au contact avec le crâne ou la face. On lit alors le nombre de millimètres obtenus entre le point de contact et le cercle. Il suffit alors de reporter cette mesure sur une feuille de papier où se trouve tracé un cercle identique avec des rayons numérotés comme sur la planchette. En réunissant par une ligne continue tous les points ainsi obtenus sur les différents rayons, on obtient une figure qui est la projection exacte du crâne ou de la face au niveau où on a placé la planchette. Pour les recherches actuelles, il suffisait de prendre les graphiques du front et de la face seulement. Au front nous avons fait prendre les mensurations au niveau des bosses frontales, à 25 millimètres environ au-dessus de l'arcade sourcilière, et pour la face au niveau des saillies malaires. Dans ce dernier cas, le plan de la planchette passait au niveau même du conduit auditif externe, et le diamètre transversal du cercle par les deux conduits auditifs ; tandis que dans le premier cas il réunissait les deux perpendiculaires passant par les conduits auditifs. De cette façon les différents graphiques sont tous comparables entre eux, les points de repère étant identiques.

Nous ne saurions ici donner en détail les particularités que cette méthode a mises en relief et nous renvoyons à la thèse de M. le Dr Pison, mais nous voulons attirer seulement l'attention sur quelques points intéressants au point de vue de l'asymétrie en général et

surtout de son rapport pathogénique avec l'épilepsie essentielle.

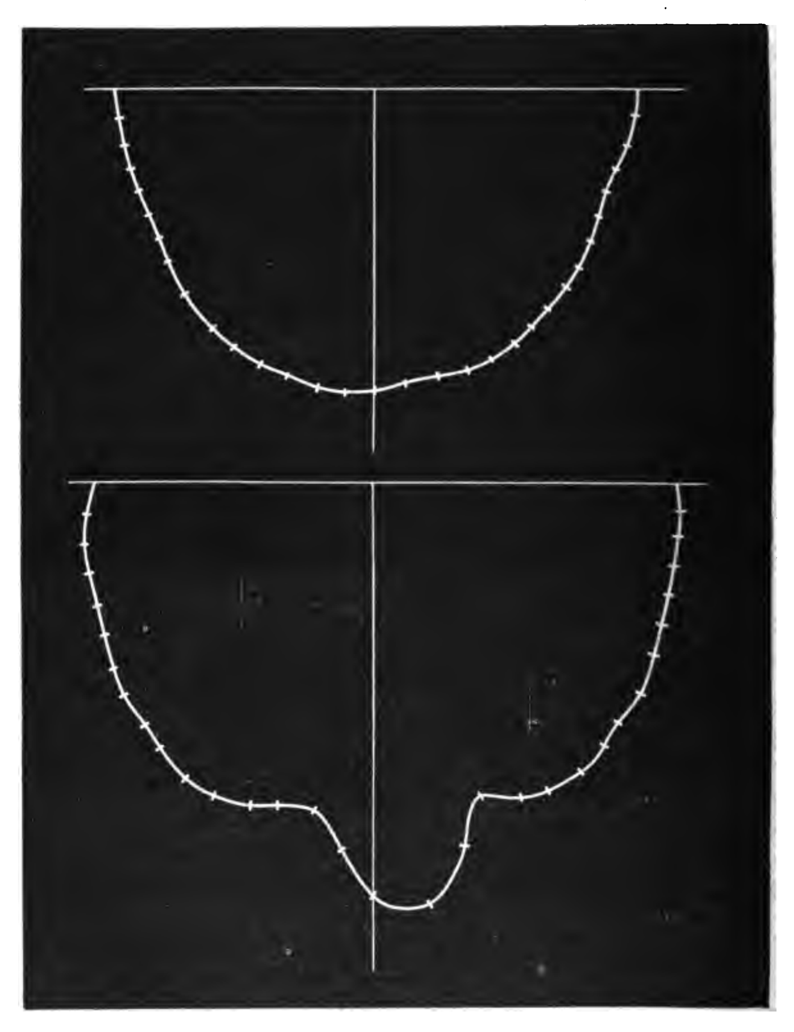


Fig. 20.

Comme Lasègue, nous avons été frappés de la fré-

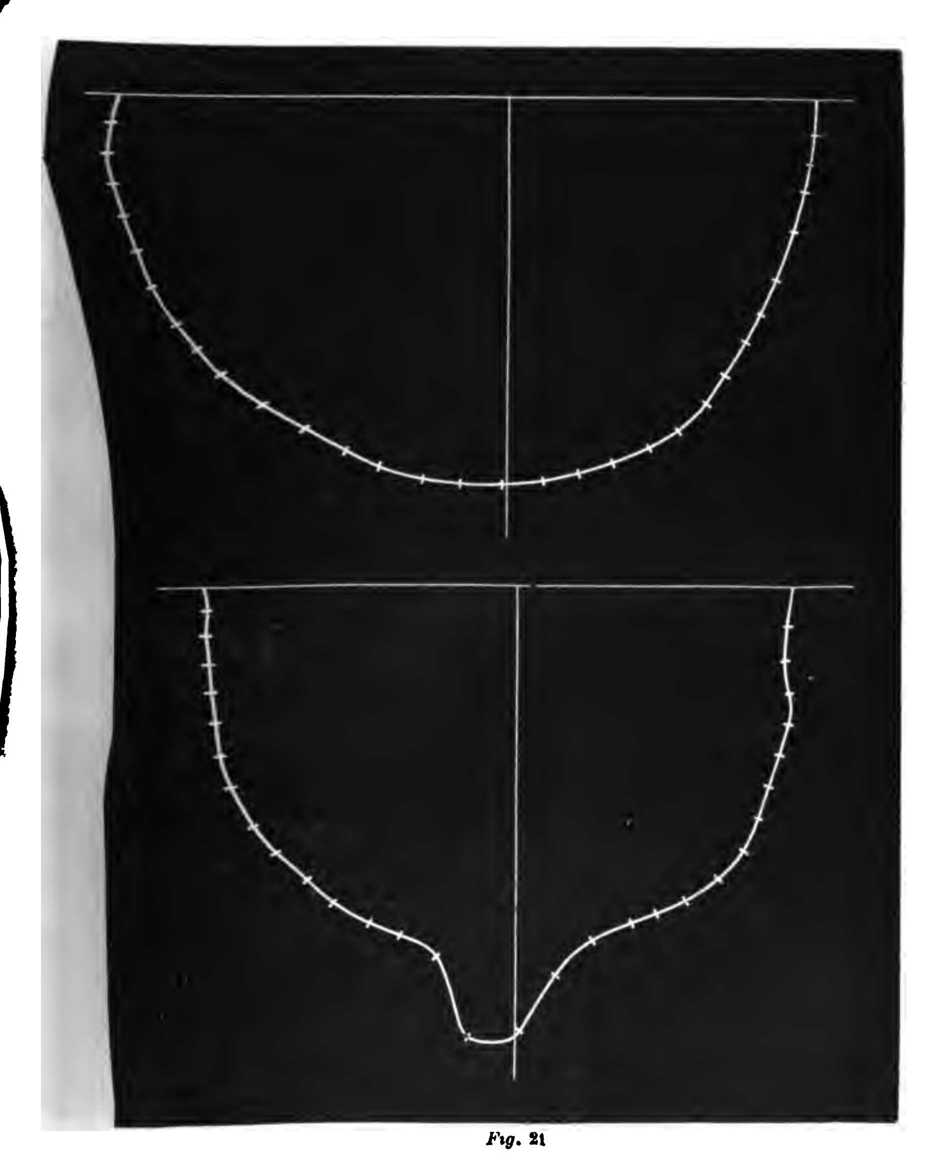


Fig. 21

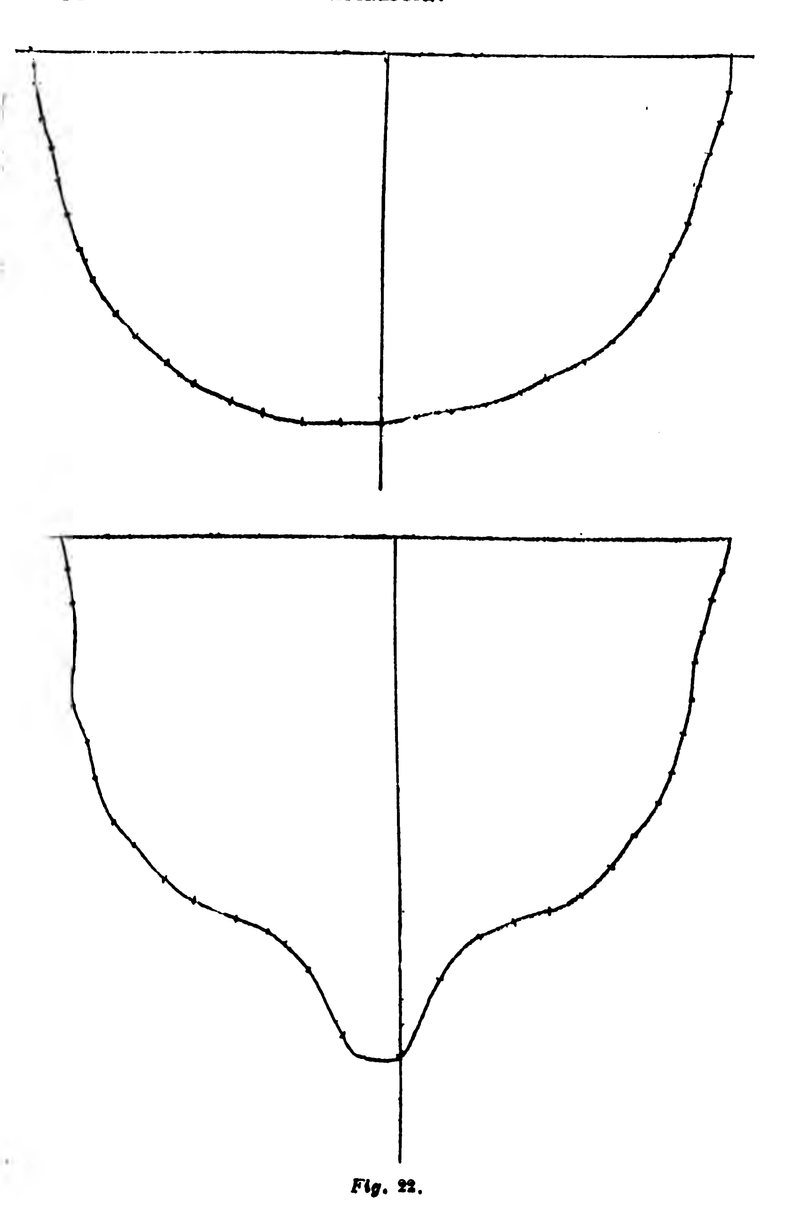


Fig. 22.



Fig. 23.

quence excessive avec laquelle se montre l'asymétrie fronto-faciale chez les épileptiques idiopathiques. Sur 30 cas, il n'y en a qu'un seul dans lequel il n'y ait pas d'asymétrie véritable, le front seul présentant une saillie un peu plus prononcée à droite qu'à gauche. Dans tous les autres cas, au contraire, l'asymétrie existe, soit frontale, soit faciale, soit fronto-faciale, entraînant avec elle très fréquemment de l'asymétrie du nez, de la bouche, du menton. L'observation de Lasègue, au point de vue clinique, nous paraît donc exacte.

Mais ce qui, dès le début, avait vivement attiré notre attention, c'est ce fait que de jeunes épileptiques idiopathiques, décédés bien avant la période de consolidation de la base du crâne, présentaient déjà de l'asymétrie et souvent à un degré très marqué. A moins d'admettre que la consolidation définitive du crâne se fait beaucoup plus tôt que de 10 à 20 ans, on est bien obligé de chercher une autre cause à l'asymétrie, qu'un vice de consolidation de la base. Ce qui semble le plus vraisemblable à une époque où tout l'organisme, et surtout le crâne, se développe, c'est qu'il y a eu arrêt de développement. Mais reste à savoir si c'est l'arrêt de développement du crâne qui réagit sur le cerveau et y détermine l'épilepsie, ou si c'est au contraire le cerveau malade, dont les modifications se traduisent par l'épilepsie, qui retentit sur le développement du crâne et lui imprime un ralentissement ou un arrêt. Il nous semble bien plus naturel d'admettre que c'est le crâne, dont le développement est soumis à celui du cerveau, et qui n'a pas lieu de s'accroître si l'organe qu'il est destiné à contenir cesse d'augmenter. Pour nous donc, l'asymétrie crânienne n'est pas la cause de l'épilepsie idiopathique. Elle en est au contraire la conséquence. Elle lui est consécutive, ou tout au plus concomitante, mais ne la précède jamais.

Toutes deux, du reste, relèvent peut-être d'une même cause, l'arrêt ou l'irrégularité dans le développement

concomitant du cerveau et du crâne. Ce qui paraît rendre cette idée plus probable, c'est que l'on observe très fréquemment une inégalité de poids entre les hémisphères cérébraux, ce qui montre bien cet arrêt de développement. Un autre fait aurait une grande valeur s'il pouvait être constaté exactement, c'est de savoir le rapport des convulsions épileptiques, au point de vue de leur siège ou de leur intensité plus grande dans un côté du corps, avec l'hémisphère ainsi atteint. Malheureusement, cette constatation est très difficile à faire, le médecin ne se trouvant que rarement là au moment des accès épileptiques.

Dans les quelques cas où la chose a été notée d'une façon précise, nous n'avons constaté aucun rapport constant. Nous ne saurions cependant rien affirmer de définitif à cet égard, le nombre de nos cas étant trop restreint.

Quoi qu'il en soit de la relation pathogénique entre l'asymétrie fronto-faciale et l'épilepsie, il n'en reste pas moins un fait clinique intéressant, c'est que, dans l'immense majorité des cas, les épileptiques idiopathiques présentent de l'asymétrie fronto-faciale. Cette notion peut donc, dans une certaine mesure, aider au diagnostic souvent délicat de l'épilepsie idiopathique et de l'épilepsie symptomatique, lorsque surtout l'épilepsie date de l'enfance et qu'il n'y a pas de signes manifestes de sclérose ou d'atrophie cérébrales. D'une façon générale, nous dirons donc que lorsqu'on se trouve en présence d'une épilepsie survenue avant 20 ans, sans traumatisme, on a les plus grandes chances pour avoir affaire à de l'épilepsie essentielle, ce qui n'est pas indifférent pour le pronostic, sinon pour le traitement.

Le graphique représenté sur la *figure* 20 est celui d'un malade dont voici, en quelques mots, l'histoire :

Lefèv..., âgé de 24 ans, *épilepsie idiopathique.*— Sa *grand'-mère maternelle* était alcoolique ; un *cousin germain mater-*

nel est alcoolique et aliéné. Quant à lui, il a eu des convulsions dans l'enfance, et son premier accès à 6 ans, sans cause connue. Il n'y avait pas de prédominance des convulsions dans un des côtés du corps. A l'autopsie, pas de lésions en foyer, mais une différence de 70 grammes entre les deux hémisphères cérébraux, à l'avantage de l'hémisphère droit.

L'observation résumée du malade dont le graphique est représenté dans la *figure* 21, est la suivante :

Plous..., 41 ans, *épilepsie idiopathique*. — *Grand'mère maternelle*, attaques de nerf; *frère* mort à 3 ans de fièvre cérébrale avec convulsions; — un *neveu* idiot. Quant à lui, il a parlé et marché tard. Crises de colère jusqu'à 7 ans; onanisme; à 13 ans, premier accès à la suite de la peur de la foudre qui tomba près de lui; pas de prédominance des accès d'un côté; accès fréquents de 13 à 18 ans. Suppression des accès de 18 à 20 ans. Rien à l'autopsie de l'encéphale.

La *figure* 22 représente le graphique du nommé Doud... *Epilepsie idiopathique*, — 15 ans. — *Père*, paludéen; *tante maternelle*, épileptique; *grand'tante*, paraplégique. Dans ses antécédents personnels, on trouve: premières convulsions à 5 mois, jusqu'à 2 ans. Premier accès à 5 ans sans cause connue. Etat de mal à 14 ans; nouvel état de mal et mort à 15 ans; pas de lésions en foyer.

La *figure* 23, enfin, est le graphique du malade dont voici l'histoire résumée:

De Bus..., 24 ans, *épilepsie idiopathique*. *Père*, diabétique; *mère*, hystérique; deux *cousins germains paternels* épileptiques. Vertiges à 18 mois; premier accès à 6 ans; pyromanie et kleptomanie; état de mal à 22 ans; méningite guérie; mort dans un accès; pas de prédominance des secousses d'un côté; pas de lésions en foyer de l'encéphale; hémisphère gauche pesant 22 grammes de plus que le droit, et plus long que lui d'un centimètre.

IV

Epilepsie idiopathique. — Bromure de nickel;

Par BOURNEVILLE.

L'observation ci-après nous a paru présenter plusieurs particularités intéressantes susceptibles de mériter l'attention de nos lecteurs. Elle nous fournira d'ailleurs l'occasion de dire un mot de l'emploi du *Bromure de nickel*.

SOMMAIRE. — *Grand'mère paternelle alcoolique. — Mère nerveuse. — Grand'père maternel mort d'une affection nerveuse. — Grand'mère maternelle hystérique. — Bisaïeul maternel mort des suites d'une attaque d'apoplexie. — Oncle maternel alcoolique. — Sœur morte d'accidents cérébraux. — Développement physique et intellectuel régulier jusqu'à treize ans. — A treize ans, peur. — Début de l'épilepsie le lendemain. — Marche des accès; troubles intellectuels et propulsion. — Description du malade, des accès et des troubles intellectuels qu'ils amènent à leur suite. — Plaie du cuir chevelu de 13 centimètres sur 9 : greffes épidermiques. — Accès sériels. — Etat de mal. — Agitation maniaque post-épileptique. — Bromure de nickel. — Mort par asphyxie dans un accès. — Autopsie : Ecchymoses et congestions viscérales. — Description des circonvolutions; — deux noyaux de sclérose dans l'hémisphère gauche.*

Bon..., Edouard, né à Paris, le 3 septembre 1870, est entré à Bicêtre dans notre service le 18 août 1883.

Renseignements fournis par sa mère (22 août 1883). — *Père*, 49 ans, tourneur en bois, grand, fort, bien portant, fume très peu, sobre, pas de migraines, mais assez souvent douleurs de tête; un peu violent, marié à 25 ans. On assure qu'il n'a jamais offert d'indices de maladies vénériennes: « Nous

nous connaissons depuis l'âge de 14 ans; c'est un garçon très-régulier. » On ne sait s'il a eu des convulsions dans l'enfance. *Père*, anglais, cocher de maison, écrasé par sa voiture ; sobre. — *Mère*, morte à 73 ans, il y a 6 mois, on ne sait de quoi, faisait *des excès de boissons*. — Pas de détails sur les grands-parents. — Un *frère*, marin, et deux *sœurs* sont bien portants; ils n'ont pas d'enfants. — Ni aliénés, ni épileptiques, ni apoplectiques, ni paralytiques, ni difformes, ni suicidés, ni criminels dans la famille qui est anglaise.

Mère, 46 ans, plumassière, bien portante, petite, brune, assez intelligente ; pas de convulsions dans l'enfance; réglée à 14 ans, l'est encore; elle est assez nerveuse, n'a pas d'attaques de nerfs ni de migraines, mais est sujette à des *névralgies céphaliques* depuis 4 à 5 ans ; pas de maladies de peau ; mariée à 22 ans; aucune maladie depuis le mariage. — [*Père*, mort en 8 jours d'une *affection cérébrale*, à 73 ans; tourneur en cuivre ; n'avait pas eu le choléra. — *Mère* morte à 34 ans, probablement de phthisie, après une couche; elle était sujette à des *attaques de nerfs* consécutives à une peur (20 ans), survenant après contrariétés ; mariée à 21 ans ; les attaques auraient continué après son mariage. — *Grand-père paternel* mort vers 30 ans, on ne sait de quoi.— *Grand'mère paternelle* morte à 80 ans; elle était en enfance. — *Grand-père maternel* mort à 69 ans des suites d'une *attaque de paralysie*. — *Grand'mère maternelle*, pas de détails. — Un *frère* est mort phthisique à 25 ans, à la suite d'*excès* de tous genres. Deux *sœurs*, une morte d'une chute du haut des fortifications, l'autre est bien portante et a eu 14 enfants, dont neuf sont morts jeunes en nourrice, on ne sait de quoi. Ni aliénés, ni épileptiques, etc.] *Pas de consanguinité*. (Père né à Bordeaux de parents anglais; — mère, de Paris.) — Inégalité d'âge de 3 ans. (La mère du malade ne vit plus avec son mari depuis huit ans. Bien qu'elle n'ait pas « quitté la ligne droite, » il l'a abandonnée pour retourner en Angleterre ; elle croit qu'il vit avec une autre femme. Pendant trois ans, il lui a envoyé régulièrement de l'argent; elle ne reçoit plus rien depuis cinq ans.)

Huit enfants : 1° Garçon né à 8 mois, mort à 16 jours; pas de convulsions. — 2° Fille née à 7 mois, morte au bout d'une heure; pas de convulsions. — 3° Fille née à terme, morte en naissant. — 4° Fille, morte à 28 mois, d'*accidents cérébraux comateux*, qui ont duré 8 jours ; pas de convulsions. — 5° Garçon, 17 ans, bien portant, intelligence ordinaire ; violent ; pas de convulsions. — 6° Fille morte à 18 ans, cette année, de la fièvre typhoïde, à l'hôpital Beaujon ; pas de convulsions, pas d'attaques ; intelligente. — 7° Garçon mort d'une cholérine à

7 mois; était né avant terme; n'aurait pas eu de convulsions. — 8° *Notre malade*. A la *conception*, les deux époux vivaient en bonne intelligence; jamais de discussions (1). *Grossesse* bonne; pas de coups, de chutes, de constriction, d'émotions, d'alcoolisme, etc. *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. *A la naissance*, très bel enfant, venu au monde sans accidents ni asphyxie. *Élevé au sein* en nourrice; sevré à 10 mois. Il a marché et commencé à parler vers 10 mois; à 20 mois, il parlait librement. Il n'a été propre qu'à 20 mois, ce qu'on attribue « à ce que la nourrice lui laissait faire tout ce qu'il voulait. »

Jusqu'en avril 1883, il s'est bien porté, allait à l'école, où il apprenait très bien; il savait lire, écrire, compter, mais n'avait que peu de dispositions pour l'arithmétique et les quatre règles; au contraire, il avait bonne mémoire et avait du goût pour l'histoire, la grammaire et les chansons. Il manquait rarement l'école et n'avait fait que deux ou trois fois l'école buissonnière. Il était en outre affectueux, obéissant et ne vagabondait point.—*Pas d'onanisme*. Pas de cauchemars, ni d'étourdissements, pas de céphalalgie, ni de secousses. L'enfant n'était pas très hardi.

En avril 1883, en allant faire une commission, il a eu *peur d'être écrasé* et a été si saisi qu'il ne pouvait plus faire un mouvement pour se garer. Il n'a pourtant pas perdu connaissance. Il a eu cette frayeur le jeudi. Le *premier accès* est survenu dans la nuit du vendredi au samedi. Il s'était couché comme d'habitude. A deux heures du matin, sa mère fut réveillée par le bruit que faisait son enfant en respirant. Elle se leva et le trouva raide « se tirant les mains et les pieds, » sans se débattre. L'accès a duré peut-être dix minutes. L'enfant est retombé dans le sommeil sans se réveiller. Il n'avait pas d'écume, n'avait pas uriné, mais il s'était mordu la langue. Le lendemain, au réveil, il était triste, et n'avait aucune conscience de ce qui s'était passé.

Le second accès, survenu dans la nuit du dimanche au lundi, a été semblable au premier. Mais le lendemain matin, il était

---

(1) Depuis bien des années, tant à la Salpêtrière qu'à Bicêtre, nous avons toujours suivi la même méthode au point de vue des renseignements si importants, concernant la *conception*, la *grossesse*, l'*accouchement* et l'*état* de l'enfant *à la naissance* (asphyxie, etc.). Il y aurait dès maintenant, même en ne se servant que des observations que nous avons publiées, les éléments nécessaires à une étude de cette partie de l'étiologie des diverses formes d'idiotie.

« fou ». Il voulait tout briser et faisait le simulacre de se jeter par la fenêtre. Dans la journée, pendant une absence qu'a faite sa mère pour aller chercher un aide, il a attaché une corde, s'est laissé glisser et a fait une chute sans aucun mal.

Les jours suivants, il avait repris son état normal. A partir de là, jusqu'au milieu du mois de mai, accès presque toutes les nuits, et, pendant le jour, *absences fréquentes et impulsions*: « Il entrait dans la chambre et *ne pouvait s'empêcher de courir*, mais cela ne durait qu'une seconde. » — Traitement par le bromure de potassium.

Pendant le mois de mai, il n'a plus eu d'accès ; mais les absences ont persisté ; il est retourné à l'école. En juin, les crises ont reparu avec plus d'intensité ; il en avait jusqu'à six pendant le jour et huit pendant la nuit. Il écumait, se mordait la langue et urinait dans son lit. Après l'accès, qui était de courte durée, « il ne se souvenait de rien » et les jambes restaient, pour peu de temps du reste, plus faibles. Vers le milieu du mois de juin, état qualifié par la mère de « méningite. » Il ne sentait plus rien, ne se plaignait de rien, avait une très forte fièvre et restait comme anéanti. Cet état, traité par un vésicatoire sur la tête, n'a duré que trois ou quatre jours.

Après un intervalle très bon d'un mois, retour des accès avec la même fréquence et la même intensité qu'en juin. Le 10 août, retour des troubles intellectuels : « Il montait sur les toits et allait nettoyer les gouttières (1). » Pendant la nuit, fréquents accès qui ne le réveillaient pas. L'intelligence et la mémoire n'auraient pas diminué, cependant il ne savait plus écrire. Les personnes de la maison habitée par la mère l'ont obligée à le mettre à l'Asile clinique (Sainte-Anne) où il est entré le 14 août. On ne sait rien de son séjour dans cet Asile, si ce n'est qu'il y aurait eu un grand nombre d'accès. *Varioloïde* à 9 ans. Quelques ascarides vers 3 ans. Aucune autre maladie.

Etat actuel. — Taille, $1^{m}32$; poids, 27 kil. 10.

Tête. — *Crâne* symétrique. Bosses pariétales prononcées. Bosse occipitale saillante, surmontée d'un léger méplat. Les cheveux sont rares et commencent à repousser. Sur la région moyenne fronto-pariétale, plaie irrégulière en voie de cicatrisation, de 13 centimètres d'*avant en arrière*, sur 9 dans le sens transversal ; elle est recouverte de bourgeons charnus assez saillants. Front moyen ; bosses frontales peu développées ; nez droit, menton rond, arcades sourcilières assez saillantes, cils

(1) Ces impulsions à grimper se rencontrent également chez les hystériques, les idiots et les instables. Nous les avons souvent notées dans nos observations.

longs, châtains, blépharite ciliaire chronique, iris gris bleuâtre, lèvres et bouche normales. Douze dents bien rangées sur la mâchoire supérieure, dont deux canines de lait. Treize dents permanentes à la mâchoire inférieure. La deuxième petite molaire droite a été arrachée. L'articulation de la mâchoire inférieure est normale, ainsi que la voûte palatine. Les gencives sont en bon état. Oreilles bien ourlées, surtout à leur partie supérieure. Le lobule est bien développé, non adhérent.

Diamètre occipito-frontal	15 c. 5.
Diamètre bi-pariétal.	12 c. 5.
Diamètre transversal minimum. . . .	11 c.
Circonférence horizontale	52 c, 5.
— d'une oreille à l'autre en passant par le vertex.	29 c.

Face symétrique. *Cou* ordinaire ; circonférence moyenne, 25 c. 5. — *Thorax* symétrique à sa partie supérieure. A la partie inférieure, la moitié gauche est aplatie dans toute sa largeur. Fosses sus et sous-claviculaires normales.

Circonférence du thorax au niveau des mamelons	63 c.
Circonférence du côté droit	32 c.
— du côté gauche	31 c.

Abdomen plat. — *Membres* bien conformés.

Au dynanomètre Collin.	Main droite.	10
— —	Main gauche	8

Puberté; organes génitaux. — Lèvre supérieure complétement dépourvue de poils. Pénil glabre. Bourses petites. *Testicules* de la grosseur d'une petite olive. *Verge* petite ; un peu en avant de la racine, petite cicatrice linéaire, blanchâtre. Prépuce long, gland très difficile à découvrir parce qu'il a contracté des adhérences assez solides à sa base, avec le prépuce ; méat normal. Pas d'onanisme.

20 *août*. Depuis son entrée (18 août) jusqu'à aujourd'hui, B... a eu 73 accès. Nous assistons à la fin d'un accès pour lequel il n'a pas averti et n'a pas poussé de cri. Les doigts à droite sont fermés, le pouce en dehors, infléchi en totalité; à gauche le pouce est rapproché de l'index. Face tournée à droite; pupilles très dilatées. La température, pour ces trois jours, oscille entre 37°,5 et 38°,8. Dans la nuit du 18 au 19, à 11 heures du soir : T. R. 41°,1. (*Etat de mal*). Julep avec 5 gr. de bromure de potassium et 40 gr. de sirop d'écorces d'oranges.

22 *août*. Accès nombreux hier soir, dans la nuit et ce matin. Ce matin le malade ne répond pas aux questions ; il esquisse à peine un sourire ; la commissure labiale gauche semble alors un peu tirée en haut et s'écarte un peu plus de la ligne médiane. La *plaie du cuir chevelu*, signalée plus haut, se couvre de bourgeons exubérants qu'on est obligé de réprimer par la cautérisation.

28 *août*. Les accès ont cessé depuis trois ou quatre jours, mais il persiste un peu d'*agitation maniaque*. Chloral 1 gr. 50. La plaie de tête commence à se cicatriser. *Greffe* épidermique. *Conjonctivite* oculo-palpébrale double, surtout marquée à gauche avec léger chémosis. Scarifications légères de la conjonctive et application de collyre au sulfate de zinc.

31 *août* et 1er *septembre*. La première *greffe* épidermique paraît avoir pris, on en applique une seconde. L'enfant est moins agité et commence à comprendre ce qu'on lui dit, mais dans la nuit *il a enlevé son pansement et avec lui les deux greffes*.

4 *septembre*. Retour à l'état normal. L'enfant est tout à fait calme ; il répond convenablement à toutes les questions, mange avec appétit, dort bien. La conjonctivite persiste mais peu intense. Au bout de quelque jours, B... se lève, redevient très gai et n'a plus d'accès.

15 *octobre*. Depuis quatre jours, *nouvelle série* d'accès. Les questions restent sans réponse ; légère excitation ; le malade cherche à mordre quand on approche la main de son visage. Langue blanche ; sécrétion muco-purulente des conjonctives. La connaissance ne revenant plus entre les accès, l'*état de mal* est constitué. Du 10 au 15 juillet inclusivement, 60 accès.

La température rectale oscille pour cette période, autour de 38°, les 10, 11, 12 et 13 ; elle atteint 39°,9 le 14 au soir, et se maintient à 40° environ les 15, 16 et 17. Le 18 au matin, elle est encore à 40°,6, le soir à 39°,3 et à partir de là elle continue à redescendre (voir *fig.* 25).

17 *octobre*. Les accès ont diminué, il n'y en a eu que deux hier. B... a parlé un peu cette nuit et crié. Aujourd'hui, il est immobile et on ne peut en tirer aucune réponse. — Le 18, 2 accès ; le 19, 3. La plaie est complètement cicatrisée.

22 *octobre*. Pas d'accès aujourd'hui, ni le 20 et le 21. L'enfant est très calme. Suppression du bromure de potassium. — 25 *octobre*. L'enfant se lève.

27 *novembre*. B... va à la petite école ; il ne gâte pas, sait se laver et se vêtir lui-même ; il peut cirer ses souliers, mais avec beaucoup de lenteur. Il mange proprement, en se servant de la cuiller, de la fourchette et du couteau. Il parle difficile-

ment. Lecture courante. Ecriture ordinaire, mais parfois illisible. Il fait les trois premières opérations de calcul assez exactement, connaît quelques-uns des principaux faits de l'histoire et a quelques notions de géographie. Mémoire assez bonne. Caractère doux.

9 *décembre*. Nouvelle série d'accès. Retour à l'infirmerie.

Vacciné sans succès le 17 décembre au bras droit avec du vaccin de génisse.

1884. *Janvier*. Revient à la petite école dans les premiers jours de ce mois. On est frappé du changement de son caractere. Il est violent et ne supporte pas que ses camarades crient autour de lui; il se dispute souvent et cherche à mordre.

4 *mars*. *Série d'accès* qui continue jusqu'au 18 mars (du 14 mars au 18 mars, 98 accès). — 27 *mai*. Autre série.

15 *juin*. Agitation à la suite des accès. L'enfant ne parle pas, mais remue constamment dans son lit, au point d'avoir sur les membres inférieurs, surtout aux genoux, des excoriations et des contusions. Il se lève continuellement et cherche à quitter son lit sitôt qu'on lui a enlevé ses attaches. Purgatifs.

17 *juin*. Même état. Bains d'une heure, etc.

18 *juin*. L'agitation se calme.

21 *juin*. Le malade est tranquille. Ecoulement visqueux, empesant le linge, au niveau de la plaie du cuir chevelu, guérie depuis longtemps.

28 *juin*. L'enfant est calme et commence à parler, à manger depuis quelques jours.

16 *juillet*. Aspect hébété. Regard vague et sans expression. Pupilles dilatées, égales, contractiles. Pas de tremblement de la langue ni des lèvres. Parole très lente. Conceptions lentes. Affaiblissement des jambes plus prononcé à la suite des séries d'accès.

Description d'un accès. — B... s'affaisse lentement en arrière. Il est à demi-assis, le tronc appuyé contre l'infirmier, ratatiné, les jambes fléchies, les bras dans la demi-flexion. La face, d'abord pâle, rougit et regarde à droite. Les pupilles qu'on venait d'examiner se sont dilatées et sont devenues moitié plus grandes. Au bout d'une demi-minute environ, retour de la coloration normale de la face. Regard étonné. On le lève ; il a de la peine à se tenir debout. Les pupilles ont repris les dimensions qu'elles avaient au début de l'examen. — Les *accès* ont diminué en nombre dans les mois de juin et juillet.

Août. — Poids 29 kilog. 50. Taille 1 m. 33.

30 *août*. *Bromure de nickel*, 2 cuillerées jusqu'au 10 septembre ; 3 cuillerées jusqu'à la fin de septembre.

17 *novembre*. Onanisme après ses accès. *Engourdissement intellectuel et affaiblissement physique*. On est obligé de le laisser au lit parce qu'il ne peut se tenir sur les jambes. Il ne peut marcher que soutenu des deux côtés, qui paraissent également faibles : pas de tremblement de la langue. La *parole* est très libre, mais on a beaucoup de peine à obtenir quelques réponses.

1885. Il descend de l'infirmerie vers le 20 décembre pour y remonter le 10 janvier. Il a eu, à partir de cette date, une série d'accès. Il paraissait se remettre de cette série lorsque, dans la nuit du 22, sont survenus les faits suivants :

Vers quatre heures du matin, le veilleur s'aperçut que cet enfant était pâle et qu'il avait les yeux fixes ; il aurait fait deux ou trois mouvements. On fit des lotions vinaigrées pendant qu'on envoyait chercher l'interne de garde qui trouva l'enfant mort. Le veilleur a prétendu que l'enfant était couché sur le dos et qu'il n'aurait pas eu d'accès dans la nuit (?). L'autopsie, comme on va le voir, permet au contraire de penser que l'enfant a été asphyxié dans un accès. Voici le *Tableau des accès depuis l'entrée à Bicêtre jusqu'à la mort.*

MOIS.	1883		1884		1885	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier	—	—	»	»	117	7
Février	—	—	6	»		
Mars	—	—	159	»		
Avril	—	—	105	10		
Mai	—	—	110	15		
Juin	–	–	20	»		
Juillet	--	—	83	»		
Août	155	»	46	»		
Septembre	»	»	173	»		
Octobre	86	34	80	»		
Novembre	2	»	122	»		
Décembre	212	»	17	5		
Totaux	455	34	921	33	12	3

Autopsie faite trente-deux heures après la mort. Sur l'abdomen, plaque verdâtre répondant à la fosse iliaque droite. Du côté gauche, tout l'espace s'étendant depuis l'hypochondre gauche jusqu'au tiers antérieur et supérieur de la cuisse présente une coloration brun-verdâtre, coloration-rouge brun de toute la partie interne de la cuisse, de la jambe et du pied du côté droit, sauf au niveau de la partie saillante du genou. Du côté gauche, au contraire, cette coloration ne manque qu'en dedans sur les mêmes parties. On les retrouve sur le côté gauche seulement du thorax, en avant et surtout en arrière. A droite, *ecchymoses* à la partie antéro-externe et au tiers supérieur de la cuisse, sur la crête du tibia et au tiers moyen; du côté gauche, sur la face antérieure de la cuisse et au tiers inférieur. Sur la partie antéro-interne de la jambe où elles sont nombreuses; enfin, sur la face externe du bras droit. *Rigidité cadavérique* peu prononcée, sauf aux mains et aux pieds.

Parois abdominale et thoracique normales. Pannicule adipeux épais. Muscles bien développés et de couleur normale. Les *intestins* occupent leur place ordinaire. Epiploon un peu remonté, sans adhérences. Côlon transverse légèrement dilaté. Le diaphragme remonte à droite jusqu'au bord supérieur de la quatrième côte et à gauche jusqu'au bord inférieur de la même côte. Pas de liquide dans la *cavité abdominale.* Péritoine pariétal et viscéral lisse et intact. Ganglions mésentériques normaux. La vessie, rétractée, contient un peu d'urine.

A l'ouverture du *thorax*, on constate que le *thymus* persiste, atrophié, sauf dans sa partie supérieure qui a encore un certain volume (1). Adhérence totale du *poumon gauche*, excepté au niveau du lobe inférieur qui reste libre. Pas de liquide anormal dans ce qui reste de la cavité pleurale gauche. Adhérences avec le péricarde du même côté. A droite, poumon rétracté, libre. Pas de liquide anormal.

Le *cœur*, dans sa situation ordinaire, est en systole, sa pointe est formée par les deux ventricules. Une seule petite plaque laiteuse sur le ventricule droit. Le péricarde ne contient que la quantité ordinaire de sérosité. A la section du cœur *in situ,* un peu de sang noir liquide s'échappe surtout des oreillettes. A l'enlèvement de cet organe, les gros vaisseaux laissent échapper une grande quantité de sang noir contenant quelques caillots cruoriques. Le *myocarde*, les *valvules*, l'*endocarde*, les *auricules* ne présentent rien de particulier.

La *bronche gauche*, incisée, ne contient aucun liquide. Plè-

(1) Nous avons très souvent constaté la persistance du thymus chez les malades de notre service, surtout chez les idiots.

vre costale saine. Trois ou quatre très petites *ecchymoses sous-pleurales* de la plèvre pulmonaire gauche et en arrière. Le *poumon gauche* pèse 240 gr. et présente une congestion très intense des deux lobes, mais surtout du lobe inférieur. Pas d'atélectasie. Les bronches contiennent une bouillie claire et sanguinolente; elles paraissent normales et présentent, après lavage, une couleur verdâtre généralisée. Le *poumon droit* pèse 270 gr. et présente, ainsi que les bronches, les mêmes lésions que le poumon gauche, mais moins prononcées. *Emphysème* du lobe supérieur, du bord postérieur et de la face interne. La plèvre pulmonaire droite est lisse et polie.

Rate, 85 gr., quelques adhérences aux organes voisins; hypérémie, consistance augmentée. *Capsules surrénales* normales. Uretères un peu dilatés des deux côtés. Les *reins* se décortiquent facilement, surface hyperémiée (étoiles de Verheyen visibles). Hypérémie par places de la substance corticale et plus prononcée de la substance médullaire. *Rein gauche* 70 gr. *Rein droit* 80 gr. Ces altérations sont moins marquées à droite.

L'*estomac* contient un peu de liquide; quelques petites *ecchymoses* de sa muqueuse. Adhérence très étendue entre le diaphragme et le foie, qui est normal; non posé; pas de calculs. Un peu de mousse sanguinolente dans le larynx et la trachée. — Les *testicules* sains, se dévident bien. — *Intestin grêle, gros intestin, pancréas*, rien.

Tête. Cuir chevelu peu développé, hypérémié surtout à gauche et en arrière. *Boîte crânienne* symétrique. Les sutures persistent, non ossifiées, sauf la suture frontale. Les deux tables sont hypérémiées, surtout l'externe. Diploé mince. *Encéphale* 1270 gr. *Cervelet et isthme*, 130 gr. *Pie-mère*, très finement vascularisée partout; elle a une teinte un peu ecchymotique sur le lobe temporal gauche et sur les lobes temporal et frontal droits. Elle est mince des deux côtés; adhérences rares. Elle s'enlève assez facilement. Les *nerfs* et les *artères* n'offrent rien de particulier. Quantité du *liquide céphalo-rachidien* un peu augmentée. Les *hémisphères cérébraux* et *cérébelleux* sont égaux. La décortication du cervelet est facile. La coupe de cet organe ne présente rien de particulier.

Hémisphère droit. — Face convexe. La *première circonvolution frontale*, F_1, est très sinueuse et composée dans sa moitié antérieure de petits plis transversaux dont un envoie un prolongement au fond du sillon qui la sépare de la deuxième frontale. Un autre pli de passage, sinueux, va s'insérer de niveau sur cette dernière; elle est antéro-postérieure et dédoublée dans sa seconde moitié. Son insertion sur la frontale ascendante figure un crochet, F_2. La *deuxième circonvolution*

frontale est très sinueuse et bien développée ; elle envoie deux plis de passage à la *troisième* et prend sur la frontale ascendante une large insertion coupée par un petit sillon. La *troisième circonvolution frontale,* F_3, est très sinueuse et s'insère de niveau sur l'extrémité inférieure de la *frontale ascendante,* F A, qui est aussi sinueuse et bien développée. Le *sillon de Rolando* est large et profond. La *pariétale ascendante,* P A, sinueuse, assez large, envoie un pli de passage au pli pariétal inférieur et deux autres au pli supérieur. Le *pli pariétal supérieur,* P_1, volumineux et sinueux, envoie un pli de passage au lobe occipital et un autre au *pli courbe.* Le *pli pariétal inférieur,* P_2, volumineux, envoie un pli de passage à la première temporale et un autre au *pli courbe,* P C. Ce dernier est peu développé, mais entre lui et le lobe occipital, il existe une circonvolution composée de trois replis (lobule du pli courbe).

Le *lobe occipital,* LO, est composé de circonvolutions assez plissées. Le *lobule de l'insula* offre trois digitations, dont les deux premières sont trifurquées. La *première circonvolution temporale,* sinueuse, envoie un *long prolongement* au fond de la scissure de Sylvius et un pli de passage volumineux à la deuxième temporale. La *deuxième* et la *troisième temporales* T_2, T_3, sont en grande partie confondues.

Face interne. — Première circonvolulion frontale bien développée, avec des plis assez profonds. *Sillon calloso-marginal* assez profond. *Circonvolution du corps calleux,* CCCa, assez large, mais non plissée. *Lobe quadrilatère,* LQ, *volumineux* et plissé. *Lobe paracentral,* LP, bien développé, avec deux sillons dont un assez profond et l'autre superficiel. Le *coin,* LC, est sinueux, avec des plis superficiels. *Lobe occipital* assez bien développé et plissé. La *circonvolution de l'hippocampe,* CII, est unie et envoie un prolongement à la quatrième temporale. La *corne d'Ammon,* les *masses centrales,* le *ventricule latéral,* etc., n'offrent rien de particulier.

Face orbitaire bien plissée, large. Les sillons principaux (scissures) et les sillons intermédiaires sont généralement profonds.

Hémisphère gauche. — Face convexe. F_1 sinueuse, bien développée, envoie à son origine un pli de passage assez volumineux à F_2; plis transversaux en avant, double pli antéro-postérieur et volumineux en arrière. Elle prend une seule insertion un peu en retrait sur l'extrémité supérieure de la frontale ascendante, F_2 est volumineuse, sinueuse, s'insère de niveau sur la partie moyenne de la frontale ascendante et envoie deux plis

de passage à F_3, dont un de niveau et l'autre au fond du sillon. F_3 est sinueuse, bien développée et s'insère de niveau sur l'extrémité inférieure de FA, qui est, elle aussi, volumineuse et sinueuse. Le *sillon de Rolando* est large et profond. PA, également bien développée envoie un pli de passage au pli pariétal supérieur. Celui-ci, formé de deux replis sinueux, envoie en arrière un pli de passage au lobe occipital. P_2, non dédoublée, envoie un pli de passage assez sinueux au pli courbe, bien développé, et qui envoie deux plis de passage au *lobe occipital* composé de circonvolutions assez petites, présentant des sillons superficiels. Le *lobule de l'insula* a trois digitations : la première est bifurquée. T_1, plissée, envoie un pli de passage bifurqué à sa base, au fond de la scissure de Sylvius et un autre à T_2, qui interrompt la scissure parallèle à 1 centimètre 1/2 de son origine, T_3, T_4, en partie confondues en avant, sont plus distinctes en arrière.

. . . .

Face interne. F_1, très plissée à son origine, reçoit de la circonvolution du corps calleux un pli de passage sinueux ; en arrière, elle est incomplètement séparée du *lobe paracentral.* A l'origine de cette circonvolution, on trouve *deux noyaux de sclérose* situés entre l'extrémité antérieure du corps calleux et l'extrémité correspondante de l'hémisphère. Les portions sclérosées ont une consistance beaucoup plus ferme, forment relief et ont une coloration différente, légèrement jaunâtre après macération. Le noyau postérieur mesure 1 centimètre 1/2 de longueur ; l'autre 2 centimètres. LP, très irrégulier, présente un sillon bifurqué ; pas d'encoche du sillon de Rolando. CCCa lisse, relativement peu développée. LQ très sinueux, ainsi que le *coin.* LO est au contraire peu développé. *Sillon calloso-marginal et scissures pariéto-occipitale, calçarine, perpendiculaire* assez profondes, ainsi que les sillons secondaires. *Corps calleux* normal. Le *ventricule latéral,* le *corps strié,* la *couche optique* n'offrent rien de particulier, si ce n'est une sorte de sillon assez creux, qui sépare le corps strié de la couche optique. — *Face orbitaire :* Circonvolutions régulières.

I. — Nous avons à relever dans les antécédents héréditaires : 1° les excès alcooliques de sa grand'mère paternelle ; — 2° les *névralgies* de sa mère ; — 3° l'*affection cérébrale* à laquelle a succombé son grand-père maternel ; — 4° les *attaques de nerfs* de sa grand'mère maternelle ; — 5° l'*apoplexie* de l'un de ses arrière-

grands-pères maternels ; — 6° les *accidents cérébraux* qui ont enlevé l'une de ses sœurs.

II. — Jusqu'à l'âge de 13 ans, l'enfant, qui était intelligent, n'a été atteint d'aucune affection nerveuse. C'est alors que, 24 heures après une vive frayeur, il a eu son *premier accès d'épilepsie,* suivi 48 heures plus tard d'un second accès avec *délire violent*, consécutif.

Les accès se sont reproduits fréquemment et ont été souvent compliqués de *troubles intellectuels*, d'*automatisme*, d'*accidents procursifs* et de traumatismes de la tête. De plus, il s'y est ajouté des *absences* ; les facultés intellectuelles ont baissé et le caractère est devenu de plus en plus violent.

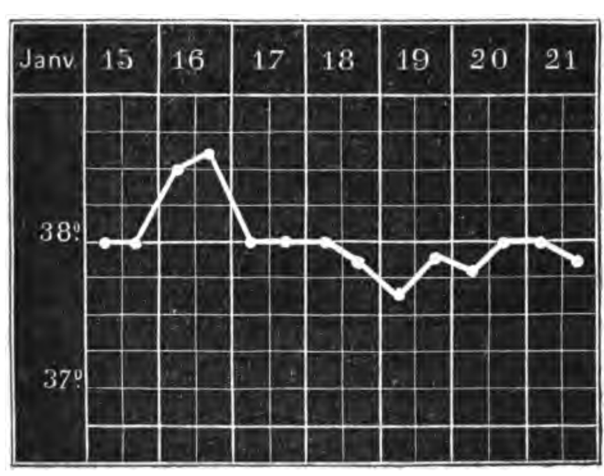
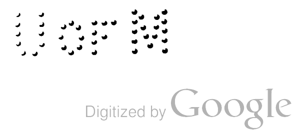


Fig. 24.

En général, les accès se sont montrés par *séries;* c'est à la suite d'une de ces séries que l'enfant a succombé dans un accès, probablement par asphyxie. C'est là un accident qu'on observe chaque année une ou plusieurs fois dans les services d'épileptiques soit au lit, soit aux travaux de jardinage, les malades ayant la face collée



contre l'oreiller ou enfoncée dans la terre fraîchement remuée.

III. — Nous devons insister sur la marche de la *température durant l'une des séries*, celle du mois de janvier et sur celle de l'un des *états de mal*. Dans le premier cas, ainsi que le montre la *fig.* 24, la température ne dépasse guère que d'un degré la température normale. Entre les accès, le malade reprend entièrement connaissance. Dans le cas du véritable état de mal, *la connaissance ne revient pas* et la température s'élève jusqu'à 40°,3. Elle baisse pendant 24 heures puis monte jusqu'à 40°,6 (*congestion méningitique*); enfin, *les accès ayant disparu et la conscience étant revenue*, la température s'abaisse rapidement (*Fig.* 25).

IV. — Nous n'avons noté aucune lésion macroscopique qui puisse expliquer la cause de l'épilepsie. Nous n'avons pas non plus trouvé, ici, les lésions de méningite ou de méningo-encéphalite qu'on rencontre chez une catégorie de déments épileptiques. Les lésions constatées du côté des organes respiratoires nous paraissent indiquer que l'enfant a succombé par asphyxie dans un accès.

V. — Bon.... a pris 0 gr. 25 de *bromure de nickel*, du 3 mars au 31 août; — 0 gr. 50 du 1er au 10 septembre et 0 gr. 75 du 16 au 30 septembre. Si l'on veut bien se reporter au tableau des accès, on verra que durant cette période, loin de diminuer, les accès n'ont fait que se multiplier; il n'y a plus eu de rémissions, comme on en avait vu précédemment en septembre et novembre 1883, janvier et février 1884.

VI. — Nous allons, à ce propos, exposer succinctement les résultats que nous avons relevés sur 17 autres malades qui, en 1884-85, ont été mis en traitement par ce médicament sur lequel notre attention avait été appelée

par une note de M. Da Costa, insérée dans le *Medical News* de Philadelphie (1883, XLIII, p. 337) et dont

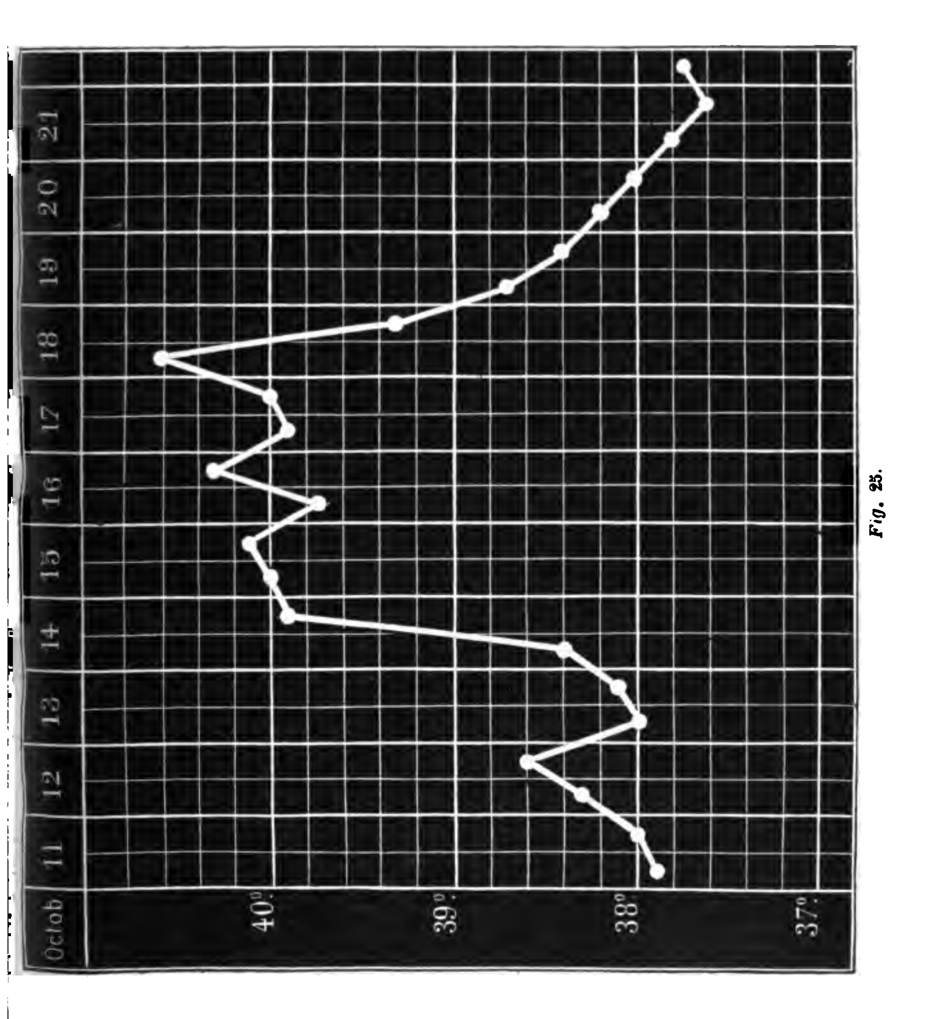


Fig. 25.

nous avons trouvé l'analyse dans l'*Union médicale* du Canada (1883, p. 505).

Suivant M. Da Costa, le bromure de nickel n'avait pas encore été employé avant lui. Son action sur le système nerveux serait plus évidente que celle du sulfate de nickel, également expérimenté par lui. Il est déliquescent et soluble dans l'eau. A dose ordinaire, il est très bien toléré par l'estomac. On le prescrit sous forme de pilules ou mieux en sirop. Le bromure de nickel produit les effets ordinaires des bromures, mais à doses beaucoup plus petites. Ainsi, la dose ordinaire est de 5 à 7 grains et demi (0 gr. 33 à 0 gr. 46) ; dix grains (0 gr. 66) constituent une pleine dose ..... L'action du bromure de nickel sur le système nerveux se manifesterait, au dire de M. Da Costa, dans le fait que ce sel soulage la *céphalalgie*, surtout quand elle est de forme congestive, et calme les convulsions, etc. En ce qui concerne l'*épilepsie*, M. Da Costa aurait trouvé que ce sel agit aussi bien que les autres bromures et il cite des exemples à l'appui. Le fait que la dose de bromure de nickel nécessaire à produire les effets désirés est toujours moindre que celle des autres bromures est très remarquable et doit être rapportée à une action spéciale de ce sel. — Ainsi qu'on va le constater, nos essais sont loin d'avoir été aussi satisfaisants.

Obs. I. — *Epilepsie idiopathique.* — Desaut..., L. H., né le 22 novembre 1835. Début à 35 ans, à la suite d'une vive émotion (accident de chemin de fer). Du 3 mars 1884 au 10 août, il a pris 0 gr. 25 de bromure de nickel ; — 0 gr. 50 du 10 au 20 août ; — 0 gr. 75 du 20 août au 31 janvier 1885 ; — enfin, un gramme du 1er au 28 février 1885.

	ACCÈS.	VERTIGES.
Du 1er mars 1883 au 28 février 1884. .	64	30
— 1884 au — 1885. .	66	39
— 1885 au — 1886. .	75	40

Comme on le voit, il n'y a pas eu d'amélioration. Les accès ont continué leur marche ascendante.

Obs. II. — *Epilepsie idiopathique* (?). — Richal..., né le 28 décembre 1869. Il a pris une cuillerée de sirop de bromure

de nickel du 3 mars 1884 au 4 septembre. Durant cette période, il a eu 159 accès et 46 vertiges. Durant la période correspondante de 1883, il avait eu 82 accès et pas de vertiges, et, pendant celle de 1885, il a eu 119 accès et un vertige. D'où il suit que le bromure de nickel semble avoir exercé une action défavorable.

Obs. III. — *Epilepsie idiopathique.* — Chiqu..., G. L., né le 12 mai 1873. — 0 gr. 25 de bromure de nickel du 3 mars au 15 septembre 1884; — 0 gr. 50 du 16 septembre jusqu'au 21 juillet 1885. — Pendant les 17 mois de traitement on a noté 21 accès, tandis que dans les 5 mois précédents il n'y en avait eu que *six* et que dans les 17 mois suivants (hydrothérapie), il n'y en a eu que *onze* (août 1885 — fin 1886). En 1887 (hydrothérapie), 3 accès; en 1888 (hydrothérapie), 0 accès. — D'où il ressort que le bromure de nickel semble avoir accru les accès *qui ont disparu sous l'influence de l'hydrothérapie.*

Obs. IV. — *Epilepsie idiopathique.* — Metta..., L..., né le 28 octobre 1871. — 0 gr. 25 de bromure de nickel, du 3 mars au 15 septembre 1884; — 0 gr. 75, du 16 septembre au 31 juillet 1885.

Du 1er mars 1884 au 31 juillet 1885...., 36 accès, soit 2 accès en moyenne par mois; durant les six mois précédents, il n'a eu que 5 accès, soit moins d'un par mois. Le bromure de nickel ayant été supprimé, on a compté, dans les 5 mois suivants, 8 accès, soit 1 accès 6 par mois (1).

Obs. V. — *Epilepsie idiopathique.* — Lecorn..., F.-V., né le 2 décembre 1866. — 0 gr. 25 de bromure de nickel, du 3 mars au 31 août 1884.

Du 1er mars	au 31 août	1883 . . .	13 accès.
—	—	1884 . . .	18 —
—	—	1885 . . .	6 —

D'où aggravation par le bromure de nickel.

Obs. VI. — *Idiotie, épilepsie nocturne* (2). — Bontemps, Ph. D., né le 13 mars 1866. — 0 gr. 25 de bromure de nickel, du 3 mars au 30 août 1884.

(1) Nous n'avons pu faire la comparaison habituelle par périodes à cause de la sortie de l'enfant.

(2) Voir son observation complète dans le *Compte rendu de Bicêtre* pour 1885, article : *Famille d'idiots*, par Bourneville et Séglas.

Du 1er mars au 31 août 1883 . . .	10	accès.
— — 1884 . . .	61	—
— — 1885 . . .	58	—

Le bromure de nickel a eu une action défavorable.

Obs. VII. — *Epilepsie cérébrale hémiplégique infantile droite.* — Mérit..., A. G., né le 3 mars 1870.— 0 gr. 25 de bromure de nickel du 3 mars au 30 août 1884.

Du 1er mars au 31 août 1883.	19	accès.
— — 1884.	109	—
— — 1885.	50	—

L'action de bromure de nickel a donc été plutôt fâcheuse.

Obs. VIII. — *Epilepsie consécutive à un traumatisme.* — Lereb..., Ed. P., né le 6 février 1866. — 0 gr. 25 de bromure de nickel du 3 mars au 15 septembre 1884 ; — 0 gr. 50 du 16 au 30 septembre.

Du 1er mars au 30 septembre 1883. . . .	23	accès.
— — 1884. . . .	31	—
— — 1885. . . .	45	—

Les accès, loin de diminuer, ont augmenté et cette augmentation a encore été plus forte l'année suivante.

Obs. IX. — *Epilepsie hémiplégique droite.* —Mige..., Jules César, né le 25 octobre 1870.— 0 gr. 25 de bromure de nickel du 3 mars au 30 août. Durant cette période de six mois, il a eu 42 accès, tandis que dans les 5 mois précédents, il n'en avait eu que 12, et que dans la période correspondante de 1885 et de 1886, on n'a compté que 25 accès. Donc, le bromure de nickel a eu plutôt une action fâcheuse.

Obs. X.— *Epilepsie hémiplégique; imbécillité. Guérison.* — Boutro..., E.-A., né le 27 juillet 1875. — 0 gr. 25 de bromure de nickel, du 3 mars au 31 août; — 0 gr. 50 du 1er septembre au 31 janvier 1885; — 0 gr. 75 en février 1885.

Cet enfant est entré dans le service le 10 décembre 1883 ; de ce jour au 31 décembre, il a eu 54 accès. En 1884, 781 accès et 5 vertiges. En 1885, 19 accès. En 1886, 1887 et 1888, *pas un seul accès*... Il n'a eu aucun autre traitement depuis son admission que le bromure de nickel.

Janvier 1884.	Poids :	21 K. 700.	Taille :	1 m. 21.
Juillet 1884.	—	21 K. 200.	—	1 m. 23.
Janvier 1885.	—	26 K. —	—	1 m. 23.
Juin 1885.	—	27 K. —	—	1 m. 25.
Janvier 1886.	—	28 K. 300.	—	1 m. 28.
Juillet 1886.	—	29 K. 300.	—	1 m. 29.
Janvier 1887.	—	30 K. 500.	—	1 m. 32.
Janvier 1888.	—	33 K. 500.	—	1 m. 37.
Juillet 1888.	—	36 K. 700.	—	1 m. 405.

C'est le seul cas où le bromure de nickel paraît avoir exercé une action vraiment heureuse. En janvier 1884, il avait 101 accès et 109 en février ; en mars (début du traitement, ils tombent à 93 ; ensuite 77 (avril), 83 (mars), 69 (juin), 88 (juillet), 90 (août). La dose de bromure de nickel est portée à 0 gr. 50. Le 1er septembre, les accès tombent à 45; puis on note : 7 accès en octobre, 6 en novembre, 13 en décembre, 2 en janvier 1885, 5 en février, 0 en mars, 2 en avril, 5 en mai, 0 en juin et juillet, 1 en août, 4 en septembre, *enfin les accès disparaissent.*

Le tableau du *poids* indique que, durant les premiers mois du traitement, il y a eu un amaigrissement assez notable (500 grammes), mais bientôt la nutrition et le développement se font régulièrement. Enfin la taille est allée successivement en augmentant.

Obs. XI. — *Epilepsie hémiplégique droite, imbécillité et microcéphalie symptomatiques.* — Lacroi..., H., né le 5 avril 1866. — 0 gr. 25 du 3 mars au 30 août 1884 ; — 0 gr. 50 du 1er septembre au 15 janvier 1885 ; — 0 gr. 25 du 16 au 31 janvier.

Du 1er mars 1883	au 31 janvier	1884 . .	476	accès.
— 1884	—	1885 . .	489	—
— 1885	—	1886 . .	208	—

Le bromure de nickel a augmenté les accès; sa suppression a été suivie aussitôt d'une diminution notable.

Obs. XII. — *Hydrocéphalie légère ; épilepsie symptomatique.* — More... Ch..., né le 7 décembre 1865. — 0 gr. 25 de

bromure de nickel du 3 mars au 15 septembre 1884 ; 0 gr. 50 jusqu'au 17 janvier ; puis 0 gr. 75 jusqu'au 27 juillet 1885. En 1883, avant le traitement, 109 accès et 1 vertige ; en 1884 (traitement pendant 10 mois), 123 accès ; en 1885 (traitement pendant près de 7 mois), 160 accès et 13 vertiges. Le malade a pris 230 gr. de bromure de nickel. Le poids, qui était de 55 kilogr. 400 le 31 janvier 1884, était de 56 kilogr. 100 le 31 janvier 1885. La taille a augmenté d'un centimètre. En somme, la nutrition ne paraît pas avoir souffert, mais le nombre des accès s'est sensiblement accru.

Obs. XIII. — *Epilepsie symptomatique ; imbécillité.* — Auberg..., Pierre, né le 12 juillet 1866. — 25 centigr. de bromure de nickel du 3 mars 1884 au 31 août ; — 0 gr. 50 à partir du 1er septembre ; — 0 gr. 75 du 10 au 31 janvier 1885.

	ACCÈS.
Du 1er mars 1883 au 28 février 1884.	456
— 1884 — 1885.	398
— 1885 — 1886.	385

Nous avons une diminution de 58 accès sur l'année précédente, partant une amélioration assez notable. Le malade ayant été traité ensuite (1885-1886) par les purgatifs et les douches, les accès ont légèrement diminué par rapport à l'année où il avait pris du bromure de nickel.

Obs. XIV. — *Epilepsie symptomatique ; imbécillité.* — Feli..., P. Cl. L., né le 24 novembre 1867. — 0 gr. 25 de bromure de nickel du 3 mars 1884 au 30 août ; — 0 gr. 50 du 1er septembre au 31 janvier 1885.

	ACCÈS.	VERTIGES.
Du 1er mars 1883 au 28 février 1884. .	41	6
— 1884 — 1885. .	41	2
— 1885 — 1886. .	50	2

Le nombre des accès a été le même durant la période de traitement que pendant l'année précédente.

Obs. XV. — *Epilepsie symptomatique.* — Bomp..., L. G., né le 20 mars 1865. Il a pris successivement une, 2 et 3 cuillerées de sirop de bromure de nickel, soit au maximum 0 gr. 75 du 3 mars au 31 décembre 1884.

	1883	1884	1885
	—	—	—
		ACCÈS.	
Du 1er mars au 31 décembre.	89	131 (1)	95 (2)

D'où il résulte qu'il y a eu aggravation.

Obs. XVI. — *Epilepsie symptomatique ; syndactilie.* — Pinchen..., E., né le 10 novembre 1870. — 0 gr. 25 de bromure de nickel, du 3 mars au 30 août 1884.

Du 1er mars au 31 août	1883 . . .	95 accès.
— —	1884 . . .	186 —
— —	1885 . . .	185 —

Le médicament paraît avoir mutiplié les accès.

Obs. — XVII. — *Epilepsie symptomatique.* — Laur..., E. A. J. B., né le 15 décembre 1868. — 0 gr. 25 de bromure de nickel, du 11 juillet à la fin de 1884.

	ACCÈS.	VERTIGES.
Du 1er juillet 1883 au 31 décembre . .	245	17
— 1884 — . .	260	16

Même conséquence défavorable que dans les précédentes observations.

Il résulte de ces 18 observations concernant 7 malades atteints d'épilepsie dite idiopathique et 11 malades atteints d'épilepsie symptomatique, dont 4 d'épilepsie hémiplégique, que chez un seul il y a eu une diminution progresssive des accès jusqu'à disparition complète, laquelle s'est maintenue depuis trois ans ; que dans un cas (Obs. XIII), il y a eu une amélioration qui s'est encore accentuée sous l'influence des purgatifs et des douches ; — que dans un cas le nombre des accès est resté le même ; et que dans tous les autres cas, c'est-à-dire 15, il y a eu plusieurs aggravations.

Ce résumé montre que nos résultats sont en désaccord avec ceux que M. Da Costa attribue au bromure de

(1) Et 7 vertiges. — (2) Et 10 vertiges.

nickel ; les seuls *effets physiologiques* que nous ayons à relever ont consisté en des nausées fréquentes, parfois des vomissements et chez deux malades en un embarras gastrique.

Formules. — Nous avons employé un sirop renfermant 0 gr. 25 de bromure de nickel pour une cuillerée à soupe. Voici les formules de M. Da Costa :

Bromure de nickel	0 gr. 60
Poudre de guimauve	0 gr. 40
Extrait de gentiane	0 gr. 40
Divisez en 12 pilules.	

Bromure de nickel.	10 gr.
Glycérine	15 gr.
Sucre	250 gr.
Eau	120 gr.

Ce sirop se présente sous une belle couleur verte. D'après le *Répertoire de pharm.* (1884, n° 8, p. 382), le bromure de nickel se prépare par saturation de l'acide bromhydrique avec le carbonate de nickel à chaud, filtration et évaporation à siccité au bain-marie.

Bibliographie. — Da Costa : *Nickel bromide in epilepsic* (*Med. News*, de Philadelphie, 1883). — Leamann : *Some clinical observ. on the therap. uses of bromide of nickel* (*Medical News*, 1885, XLVI, p. 427). — Coppala : *Sull' azione fisiologica del nickel e del Cobalt.* (*Lo Sperimentale*, 1885, LV, p. 375). — Hare : *The action of the bromide af nickel* (*Therap. Gaz. Detroit*, 1886, II, p. 297). — Testa (B.) : *Influenza del bromuro di nichelio sull' excitabilita cerebrale* (*Gaz. med. di Torino*, 1886, t. XXXVII, p. 457).

PERVERSION DES INSTINCTS.

V.

Imbécillité légère. — Instabilité mentale avec perversion des instincts et impulsions génitales.

(KLEPTOMANIE, ONANISME, SODOMIE, SYPHILIS);

Par BOURNEVILLE et RAOULT.

OBSERVATION. — *Grand-père paternel alcoolique. — Cousine paternelle idiote et épileptique. — Mère nerveuse, névralgies, céphalalgies. — Grand'mère maternelle, paralysie faciale. — Tante maternelle et arrière-grand-père aliénés. — Frères et sœurs morts de convulsions. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an.*

Impression maternelle. — Hémorrhagie du cordon. — Parole et marche vers dix-huit mois. — Incontinence d'urine jusqu'à quatre ans. — Défécation involontaire jusqu'à douze ans. — Arrêt de développement intellectuel. — Instabilité mentale. — Lymphatisme; salacité. — Idées de moquerie. — Actes de violences envers les autres enfants. — Mise en correction. — Tremblement léger des mains. — Crises nerveuses, épileptiques (?). — Accès de colère. — Impulsions génitales.

Etat du malade en 1881. — Nystagmus; léger tremblement des paupières; hypospadias. — Sodomie: syphilis; balano-posthite; adénite suppurée.

Evasion; réintégration. — Caractère violent, grossier. — Onanisme, actes et paroles obscènes; pédérastie. — Kleptomanie. — Plaie de la cuisse; érysipèle, phlegmon. — Développement du poids, de la taille, de la puberté. — Excès. — Actes de violences, placements divers, impulsions génitales pendant sa mise en liberté. — Réintégration. — État au commencement de 1887.

Court... (Charles), né le 28 janvier 1867, est entré le 24 juin 1881 à l'Hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère. — Père, trente-six ans, garde républicain, grand, fort, bien portant d'ordinaire, sans aucun

accident nerveux; rhumatisant. [*Père*, nombreux *excès de boisson*, surtout d'absinthe et d'eau-de-vie. — *Mère*, d'habitude bien portante a seulement des douleurs rhumatismales; elle est nerveuse mais n'a jamais eu d'attaques. — *Grand-père*, mort d'un *cancer* de la face. — *Cousine, idiote épileptique*, gâteuse, morte en 1880, âgée de 36 ans, à l'Asile de Dôle. — Pas d'aliénés, pas d'autres épileptiques, ni de paralytiques, etc., dans la famille.]

Mère, trente-cinq ans, assez grande, brune intelligente ; se plaint de *névralgies intercostales*, sujette de temps en temps à des *céphalalgies*. Pas de migraines,pas d'attaques nerveuses. [*Père*, soixante-six ans, cultivateur, n'a jamais eu d'accidents nerveux et jouit d'une bonne santé. — *Mère*, a eu il y a trois ans une *paralysie faciale* unilatérale, qui persiste, à la suite d'un voyage, durant lequel elle aurait eu froid. — 3 *sœurs* dont l'une, aliénée, est à l'Asile de Dôle depuis 4 ans (lypémanie avec hallucinations, idées d'empoisonnement). Cette femme a un fils jusqu'ici bien portant. Un *grand-père* serait devenu fou au dire de la mère de l'enfant. Pas d'autres aliénés, pas d'épileptiques, etc., dans la famille.] Pas de consanguinité.

Sept *enfants* : 1° garçon, né avant terme (forceps), mort à deux jours après avoir eu quelques *convulsions* ; 2° fille morte à trois ans de *convulsions*; — 3° notre malade ; — 4° garçon né à terme, chétif, mort à six semaines on ne sait de quoi ; — 5° garçon âgé de onze ans, bien portant, n'a jamais eu de convulsions, intelligent; — 6° garçon mort à l'âge de huit jours ; — 7° fille bien portante, intelligente, âgée de six ans et demi pas de convulsions.

Notre malade. — La *grossesse* a été accompagnée de maux de reins très douloureux. Durant tout ce temps la mère habitait la même maison que sa cousine *idiote* et *épileptique*. Celle-ci venait sans cesse la trouver en poussant des cris. C'était toujours avec déplaisir qu'elle la voyait, et elle craignait de contrarier ses parents en la repoussant. Pendant les autres grossesses, les mêmes faits ne se seraient pas présentés. *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme[1]. Rien de particulier *à la naissance* si ce n'est une *hémorrhagie abondante du cordon* qui avait été mal lié, et qui s'est produite une heure après la délivrance. L'enfant a été élevé au sein par sa mère jusqu'à neuf mois seulement, elle a été obligée alors de cesser parce qu'il était fort et la fatiguait beaucoup. C... a commencé à *parler* et à *marcher* à l'âge de dix-huit mois. Mais ce n'est qu'à deux ans qu'il a réellement parlé. A quatre ans, il

[1] Nous avons toujours eu soin de noter ce détail, parce que des auteurs ont pensé, à tort suivant nous, que l'administration du chloroforme pendant l'accouchement exerce une influence au point de vue de la production de l'idiotie. (B.)

cessa d'uriner au lit ou dans son pantalon, mais jusqu'à douze ans il a toujours laissé aller sous lui ses matières fécales. A quatre ans il fut envoyé à l'école où il apprit difficilement à lire et à écrire et d'où il fut renvoyé à différentes reprises. De quatre à sept ans il fut placé à l'asile de Mont-sous-Vaudrey : on le renvoya parce qu'il était sale, turbulent, agaçait ses camarades, faisait des grimaces et des contorsions. Deux fois il s'est enfui de l'école, mais il rentrait deux heures après.

A dix ans, il fut placé aux enfants de troupe à Argentan. Il y resta onze mois. Au bout de ce temps on le renvoya, parce qu'il faisait encore sous lui. Là, lorsqu'il avait été sale, on le faisait déshabiller et les autres enfants allaient, sur l'ordre de leur gardien, lui donner chacun un coup de martinet. Puis il était mis au cachot, au pain et à l'eau.

Ensuite il alla chez un oncle dans le Jura, il y resta deux mois : il avait, dit sa mère, mis toute la ville en révolution par ses excentricités. Il injuriait tout le monde, criait, accusait son oncle de le battre. Il fut alors pris par son grand-père paternel, qui le garda six semaines; là il eut de grandes crises pour la première fois, *crises* qu'un médecin aurait qualifiées d'*épileptiques*.

Revenu à Paris, il retourna à l'école, puis fut placé en apprentissage chez un cordonnier. Il y resta peu de temps, il perdit pour soixante francs de marchandises à son patron : quand on l'envoyait faire des commissions, il ne revenait que le soir. Il fut mis chez un autre cordonnier où il ne resta que trois ou quatre jours, puis chez un robinetier qui ne le garda que deux jours. Partout il se montrait maladroit et ne pouvait supporter aucune observation, *croyant qu'on se moquait de lui*. Dans l'intervalle de ces essais d'apprentissage il restait chez ses parents où il faisait les commissions.

En janvier 1881, il fut chassé de la caserne parce qu'il avait battu des enfants de quatre à six ans, il les bousculait sans motif, leur disait des grossièretés. Placé chez sa tante il y est resté trois semaines, il faisait du tapage, criait. Il fut mis chez des amis qui ne le gardèrent qu'un mois et demi. Plus tard il fut envoyé à Villepreux où il resta six semaines et d'où il fut rendu, parce qu'il s'était masturbé avec d'autres enfants. Ensuite, il entra en correction à la petite Roquette ; il y est resté un mois, il s'y trouvait bien traité. A sa sortie des Jeunes Détenus, il fut placé chez un marchand de vins : il donnait à boire aux clients sans se faire payer; il laissait tomber les bouteilles qu'il tenait à la main à cause du léger tremblement dont il est atteint. Il n'aurait pas eu d'accès d'épilepsie depuis son retour de Mont-sous-Vaudrey; mais il était sujet à des *crises nerveuses* pendant lesquelles il étend les bras, crie, à les yeux saillants, et qui ressemblent plutôt à des *accès de colère;* il ne tombe pas par terre. Souvent, C... ne voulait pas faire certaines choses, *prétendant qu'on se moquait de lui*. Il

n'a guère d'affection que pour sa mère; il déteste son père qui bien des fois l'a corrigé. Ses accès de colère le prenaient quand il était contrarié et surtout quand on le battait.

Sa mère pense qu'à la maison il ne se masturbait pas. On a prétendu à la caserne qu'il avait essayé d'avoir des rapports avec une petite fille de six ans; il n'a jamais essayé d'en avoir avec sa sœur.

Cour... était indifférent à tout, se moquait des reproches qu'on lui faisait. Si on l'envoyait faire une commission, il se trompait, ne rendait pas compte de l'argent qu'on lui avait donné, il laissait la monnaie chez le marchand, on était obligé de lui écrire les commissions à faire. — Le *sommeil* est assez bon et lourd. C... s'endort de suite, il est difficile à réveiller. Il n'est pas peureux et ne semble pas se rendre compte du danger. Il mange seul, mais malproprement; pas de vomissements, pas de salacité: à l'âge de six ans on l'a vu toutefois à plusieurs reprises manger des escargots vivants.

A quatre ans, une *scarlatine*, avec *otite* consécutive; — à huit ans, rougeole. Pas d'autres maladies, sauf quelquefois des croûtes dans les cheveux avec des adénites cervicales et un écoulement léger de l'oreille gauche.

Etat actuel. — *Tête* assez forte, haute, en forme de toit, sans saillies exagérées. La région occipitale est aplatie. Inclinaison très rapide du vertex au front. La bosse pariétale gauche semble plus proéminente et située plus en arrière que la droite. — *Front* bas, déprimé latéralement, sans saillie des bosses frontales. — Saillie assez prononcée des arcades sourcilières. — Léger *nystagmus* et léger *tremblement des paupières;* pas de strabisme; iris brun, pupilles égales; cils longs, pas de lésions oculaires. Régions malaires symétriques, cependant la joue gauche est un peu plus creuse que l'autre. *Nez* assez volumineux, aquilin. *Narine* gauche un peu relevée. *Menton* en pointe, à fossette un peu déprimée à gauche. — *Face* triangulaire. — Regard terne, sans expression.

Diamètre occipito-frontal... 17 centimètres.
Diamètre transverse.......... 14 centimètres.
Circonférence horizontale... 53 centimètres.

Lèvres épaisses; *arcade dentaire* inférieure complète, régulière. Au niveau de l'*arcade dentaire supérieure,* les deux incisives latérales manquent, les incisives médianes sont larges et séparées l'une de l'autre par un intervalle de deux millimètres; entre elles et les canines existe aussi un espace. — *Voûte palatine* profonde, ogivale, symétrique. — *Luette,* piliers, amygdales, langue normaux. — Fonctions digestives normales. — Rien du côté de la respiration, de la circulation, ni du cœur.

Cheveux châtains, abondants, sourcils et cils un peu plus foncés. Le corps est complètement glabre.

Organes génitaux et puberté. Poils naissant au niveau des organes génitaux. — *Testicules* descendus. Verge assez volumineuse. Le gland est en partie découvert. Le méat semble s'ouvrir au sommet du gland mais en l'entr'ouvrant, on remarque qu'il est ouvert à la face inféro-postérieure un peu en bec de flûte (*hypospadias*). La partie antérieure du sillon est un trou borgne.

Sensibilité générale normale.— *Réflexe* tendineux à peu près nul. — *Odorat*, légère perversion, ainsi il trouve que l'asa-fœtida sent bon. — *Vue, ouïe* et *goût* normaux.

La *parole* est libre, relativement facile avec un léger *zézaiement.* Il lit bien, écrit assez facilement, sait ses quatre règles, le système métrique. L'orthographe est assez bonne.

Dynamomètre à droite, 33, à gauche 32. Poids : 44 kilogr. 700. Taille 1^{m},48.

1881. — Six jours après son entrée, il a été pris masturbant un enfant : envoyé vingt-quatre heures à la Sûreté[1]. Il est peu docile à l'école. Il se développe bien. A la fin de juillet : *poids*, 44 kil. 85 ; *taille*, 1^{m},50.

1er *octobre.* — L'enfant avoue avoir eu des rapports *a posteriori* avec un infirmier renvoyé il y a quatre jours pour sodomie exercée sur plusieurs autres enfants de la section. L'enfant prétend que ces rapports n'ont eu lieu pour la première fois que le 25 septembre. Certainement ils ont dû être commis déjà auparavant, car l'enfant présente à la région anale une exulcération de la largeur d'une pièce de 0 fr. 50 allongée entourée d'une plaque d'érythème de la largeur d'une pièce de 5 francs. Le sphincter est resté intact. Voici, d'après ce que raconte C..., comment les choses se sont passées. Vers 11 heures et demie du soir le garçon, rentrant de permission, se déshabillait au dortoir lorsque l'enfant revint des cabinets ; il le prit à bras le corps, et le coucha dans son lit. D'après ce que dit C..., sur trois tentatives une seule fut couronnée de succès. Il ne resta qu'un quart d'heure dans le lit du garçon (?). Quinze jours auparavant, ce dernier aurait essayé d'avoir des rapports avec lui dans les circonstances suivantes : il était monté pour changer de linge au dortoir, quand il fut tout nu l'infirmier sortit sa verge et l'embrassa. Cet individu donnait à C... et aux enfants, du chocolat, du fromage, des fruits, etc. C..., pour s'excuser, dit que c'est par crainte qu'il n'a pas dénoncé la première tentative, l'infirmier menaçant les enfants de les battre s'ils en parlaient.

13 *octobre.*— L'*ulcération anale* s'améliore peu, elle est entourée d'une vive inflammation surélevée et ressemble à une plaque muqueuse. Douleur vive. — *Traitement* : onguent styrax, cautérisation au nitrate d'argent.

[1] Il n'y a pas de cellules ou de chambre d'isolement dans la section.

14 *octobre.* — Suppression du nitrate d'argent, rien au cuir chevelu. Polyadénite inguinale.

21 *octobre.* — *Roséole* à l'état naissant. L'ulcération anale a toujours le même aspect, elle est peu indurée. Erythème de la gorge.

4 *novembre.* — Quelques croûtes dans les cheveux. Pâleur très prononcée. Une petite ulcération à fond jaunâtre sur l'amygdale droite. L'éruption papuleuse a augmenté. Quelques petits ganglions dans les aines. Syphilides plus nombreuses à la partie antérieure du tronc qu'à la face postérieure. La plaque végétante de l'anus a environ quatre centimètres de diamètre, elle occupe la moitié droite de l'anus dans ses deux tiers inférieurs. — Une autre plaque végétante existe du côté gauche. — *Traitement* : pilules de Sédillot, sirop d'iodure de potassium, vin de gentiane, cautérisation des plaques muqueuses avec une solution de nitrate d'argent à 1/30.

14. — Pas de croûtes dans les cheveux ; petites adénites cervicales; larges plaques muqueuses sur les deux amygdales. — L'éruption cutanée a un peu diminué ; les papules sont moins nombreuses. Les plaques anales s'améliorent ; la défécation est moins douloureuse. Même traitement ; gargarisme au chlorate de potasse.

25. — La peau reste marbrée; les adénites inguinales persistent. La marge de l'anus présente toujours une ulcération végétante, surélevée, d'un rose clair, baignée par un peu de pus sanieux, blanchâtre. Il n'y a plus rien à la gorge.

27. — A la surface du tronc et sur les cuisses, éruption discrète de papules arrondies, un peu surélevées, de teinte chair de saumon. Cette éruption est plus accusée à la partie antérieure de la poitrine, qu'en arrière. Sur l'amygdale gauche, petite plaque.

2 *déc.* Pas de croûtes dans les cheveux. Quelques ganglions cervicaux. Quelques macules sur la peau. Les plaques muqueuses de l'anus ont bien diminué d'étendue. Petite plaque muqueuse opaline sur l'amygdale droite. C... continue toujours à se masturber, et à exciter les autres à la masturbation.

13. — Il continue à attirer près de lui les autres enfants, les embrasse, et cherche à les toucher et à se faire toucher par eux. Il est insolent, méchant, se mêle à toutes les discussions entre les enfants. — A l'école, il est dans la première classe, mais fait peu de progrès.

1882. — 6 *janvier.* — La veille, il s'est couché avec mal de tête, frissons, courbature, raideur du cou. Ce matin il présente des plaques d'un aspect rubéolique sur la face ; les bras, le dos, et surtout les jambes. Pas de bronchite, ni de coryza, ni de larmoiement. Rougeur de la gorge, mais à peine marquée. Déglutition un peu douloureuse. Langue saburrale. Rien à l'auscultation

de la poitrine. — Soif, anorexie, diarrhée. — *Traitement* : infusion de 4 grammes de jaborandi; limonade vineuse. T. R. 40°, 2. — *Soir* : T. R. 39°, 2.

7. — Les plaques ont presque disparu; il n'en reste que quelques-unes dans le dos, et sur les avant-bras. Un peu de desquamation à la face. T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 39°.

8. — T. R. 38°, 5. — *Soir* : T. R. 38°, 6.

9. — T. R. 38°, 4. — *Soir* : T. R. 38°.

10. — Encore quelques rougeurs sur les avant-bras ayant l'aspect de la roséole syphilitique. T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 38°, 8.

13. — Syphilides des lèvres en diminution. Petite plaque muqueuse sur le pilier antérieur droit du voile du palais. *Stomatite mercurielle.* Grandes plaques de roséole sur les lèvres, les régions scapulaires; aspect marbré de la poitrine; quelques plaques dans le sillon interfessier. Quelques croûtes dans les cheveux. Syphilides anales ulcérées, persistantes (plaque muqueuse hypertrophique). — *Traitement :* suppression des pilules de Sédillot, à cause de la stomatite ; sirop d'iodure de fer; douches; chlorate de potasse; cautérisation au nitrate d'argent.

17. — Cautérisation des plaques de la gorge. Même état de la gingivite. Les syphilides de la face diminuent d'étendue.

27. — *Syphilides pustulo-crustacées*, très confluentes du cuir chevelu; syphilides squameuses cuivrées, par larges plaques sur le front, le pourtour des narines, les commissures palpébrales, le menton. Rien sur le tronc. — Sur les bras, syphilides papulo-squameuses, surtout près des coudes. Papules de 8 millimètres de diamètre avec collerette. Plaques muqueuses ulcérées de 5 millimètres de diamètre environ à la face interne de la joue gauche, au niveau des dernières molaires, sur la lèvre inférieure, en dedans de la commissure et sur la lèvre supérieure en face de la canine gauche. D'autres *plaques muqueuses* sur la voûte palatine en arrière de la dernière molaire gauche, sur la luette et sur les amygdales. Paroi postérieure du pharynx rouge. Gencives fongueuses, saignantes, avec un liséré rouge. Les syphilides anales persistent; syphilides papuleuses du scrotum.

2 *février*. — La bouche va mieux. A la suite de *masturbations* énergiques, l'enfant a été pris d'une *balano-posthite* intense, avec œdème du prépuce. — Injections entre le gland et le prépuce avec de l'eau phéniquée, puis du vin aromatique.

10 *mars*. — Rien au cuir chevelu. Adénites cervicales. Papules brunâtres sur les bras, les avant-bras, le tronc, les membres inférieurs. Elles prédominent entre les seins et à la face interne des genoux. Petites adénites inguinales. Gingivite encore assez prononcée, haleine fétide. Ulcération superficielle sur la face interne de la joue gauche entre les deux arcades dentaires ; langue gonflée ; ulcération superficielle du pilier antérieur droit du voile

du palais ; le reste du voile est rouge, comme œdématié. Exulcération de la partie inférieure du gland et dans le sillon balano-préputial. Syphilide fissurée à l'anus. Même traitement ; cautérisation à l'acide chlorhydrique.

17.—Amélioration notable de la *stomatite* et de la *balano-posthite.*

28. — La balano-posthite est guérie. Hier C... a volé à un autre enfant une tablette de chocolat et bien qu'on en trouve la moitié encore dans sa poche, il nie son vol. A la suite de cette découverte, il a été pris d'un *accès de colère*, a cassé deux carreaux à coups de poing, et fendu une porte à coups de pied, adressant en même temps des expressions obscènes aux infirmières, et menaçant de poursuivre ses dévastations. — On le prive de vin et on l'envoie à la Sûreté pendant vingt-quatre heures.

13. — Guérison complète de la bouche et de la gorge. C... retourne en classe.

21. — Adénite axillaire douloureuse.

29. — Fluctuation au niveau de l'aisselle : incision, drainage.

Mai. — Les notes de classe sont meilleures : C... devient docile, attentif, la lecture est bonne ainsi que l'écriture. Mémoire assez facile.

16. — Il existe encore de l'*alopécie*, plusieurs taches brunâtres dans les cheveux ; quelques ganglions cervicaux ; une légère érosion du pilier antérieur gauche du voile du palais, deux rhagades à l'anus. — *Traitement* : Continuer le sirop d'iodure de fer et les douches.

7 *juin.* — C... s'est enfui le 4 juin avec six autres de ses camarades. L'un d'eux Filh..., ayant été puni avait formé le projet de s'évader ; il avait entraîné dans son complot, Court... ainsi que Fer... et Auch... Après le dîner ils ont préparé des échelles pour s'enfuir. A ce moment Lem... et Goux... sont venus les rejoindre et plus tard Gauh... qui était couché dans la cour, les apercevant est venu avec eux. Après être sortis, ils se sont séparés en deux bandes. La première composée de Filh..., Auch..., Ferr... et Courtois a traversé Paris, est allée à Pantin chez le parrain d'Auch... qui l'a gardé, et a renvoyé les trois autres. Ceux-ci ont pris le tramway car ils disposaient à eux trois de deux francs. Ils sont allés chez le père de Ferr..., se sont cachés dans une cave où ils auraient passé la nuit. Le lendemain matin, le père de Ferr... les a trouvés, a gardé son fils et renvoyé les deux autres. Ceux-ci ont bu du vin chez le « troquet », acheté du pain et fumé des cigarettes. Ils se sont séparés boulevard Sébastopol. Alors Court... serait allé chez son père qui l'aurait fait manger puis lui aurait intimé l'ordre de rentrer à Bicêtre. Il est revenu seul le 5 à une heure.

17. — Aujourdhui il avoue qu'il a menti, qu'il n'est pas allé chez son père, mais est revenu spontanément à Bicêtre.

25 *juillet.* — Refuse de travailler au dortoir, sous prétexte que sa mère le lui a défendu.

26. — Injures grossières contre ses maîtres. Privation de vin et de promenade.

31 *août.* — Quelques *ganglions* cervicaux et inguinaux. Rien aux organes génitaux, ni dans la gorge.

22 *novembre.* — Encore quelques ganglions cervicaux à gauche. Aucune syphilide. Prend régulièrement ses douches.

D'après les *notes de classe*, Court... se montre assez intelligent, mais est très emporté, colère, grossier; son jugement est erroné. Il travaille assez bien, devient plus docile. Il fait des progrès en gymnastique. Le développement physique s'opère régulièrement, Le *poids* de Cour.., qui était de 44 kilog. 700 à l'entrée est actuellement de 51 kilog. 80. Sa *taille* de 1 m48 en 1881, est à la fin de 1882 de 1 m55. Il a cessé les douches le 30 novembre.

1883. — 2 *janvier.* — Frisson violent avec fièvre. T. R. 40°, 7. *Soir* : T. R. 38°, 5.

3. — T. R. 37°, 7. — *Soir* : T. R. 41°.

4. — Langue sale, nausées. Rate grosse. Rien à l'auscultation de la poitrine. T. R. 38°, 1. — *Traitement* : Eau de sedlitz ; sulfate de quinine, 1 gramme. — *Soir* : T. R. 37°, 2.

5. — T. R. 39°, 3. — *Soir* : 38°, 4.

6. — T. R. 37°, 3. — *Soir* : 37°. Langue toujours sale ; pas de selle depuis la purgation ; deux verres d'eau de sedlitz.

7. — Amélioration, appétit. T. R. 37°, 2. — *Soir* : T. R. 37°. Exeat le 8 janvier.

9 *juillet.* — Court... est en punition à l'infirmerie, faute de cellules et par manque de places à la Sûreté pour avoir battu des enfants plus jeunes que lui. Selon son habitude, Court... est allé dans les cabinets avec Rem... et Vign... et a essayé d'avoir des rapports *a posteriori* avec le premier.

22 *août.* — Pas d'accidents syphilitiques nouveaux. Verge volumineuse; testicules bien développés. Masturbateur effréné ; il dit *qu'il ne peut s'en dispenser.* On est obligé de lui mettre le manchon la nuit. — *Traitement* : Hydrothérapie qui a commencé au mois d'avril et se continuera jusqu'au mois de février 1884.

26 *décembre.* — Les notes de classe nous apprennent que Court... s'est amélioré, qu'il est moins emporté, qu'il devient courageux et docile. De même, au point de vue physique, il s'est developpé; son poids a augmenté de 9 kilogrammes (60 kilogr. 900) en un an et sa taille de 8 centimètres (1 m. 63). Au dynamomètre Mathieu : 35 kilogrammes à droite et 20 à gauche.

Puberté. — Il porte de nombreux poils noirs frisés abondants au pénil, à la racine des bourses, à l'anus. Il avoue se masturber mais moins fréquemment.

1884. — 27 *février*. — Eruption pustulo-crustacée au visage qui disparaît vers le milieu d'avril sans traitement général.

3 *avril*. — On l'a pris la main dans la braguette d'un enfant. On l'interroge et il répond qu'il demande à passer aux adultes, qu'il ne peut rester aux enfants et qu'avec eux « il ne pense qu'à ça ». Depuis quelque temps, on était assez content de lui, de son travail et de sa conduite. Il a obtenu le certificat d'études primaires, il commence à apprendre sérieusement son métier de cordonnier.

Décembre. — Les notes de classe et d'atelier sont bonnes; l'écriture devient courante. A la gymnastique, il est docile et est moniteur d'un groupe d'idiots. Il fait presque seul un soulier.

1885. *Janvier*. — La taille a augmenté de deux centimètres ($1^m,65$) en un an. Il présente des moustaches naissantes. Il a l'intention de s'engager comme soldat.

6 *mai*. — Ses parents ont rempli les formalités nécessaires pour son engagement. Refusé à la revision parce qu'il a un léger tremblement des paupières.

21 *juillet*. — Il est souvent brutal avec les enfants, surtout à la gymnastique où il est moniteur. Hier il a bousculé l'enfant Carl... qui ne voulait pas se mettre en rang. Les *impulsions génitales* ont diminué. Il ne met plus les autres enfants sur ses genoux pour s'entre-masturber. Parfois encore il lui arrive d'embrasser, en le mordant légèrement à la nuque, l'enfant Leu... Lorsqu'il brutalise les autres, ceux-ci lui disent des injures et font allusion à ses anciennes histoires.

26 *août*. — Hier, ayant été privé de vin pour avoir fumé, C... a cassé son verre à boire, puis trois carreaux et s'est blessé légèrement à l'avant-bras. Consigné pour deux mois; huit jours à la Sûreté.

15 *octobre*. — Accès de violence parce qu'on l'avait fouillé pour trouver le tabac qu'il cachait. Il a dit des grossièretés et a refusé de travailler.

30 *novembre*. — Embarras gastrique avec courbature.

14 *décembre*. — Il y a quatre jours les enfants étant réunis au gymnase le soir, à une séance de lanterne magique, C... a attiré l'enfant Leu..., l'a embrassé, l'a masturbé et s'est fait masturber par lui. Il continue à embrasser les autres enfants. Il assure ne pas avoir de rapports sodomiques (?).

Puberté. — La moustache est encore naissante. Les poils commencent à gagner la partie interne des cuisses et sont abondants à l'anus. Les testicules, égaux, sont de la dimension d'un gros œuf de pigeon. La verge a 95 mm. de circonférence et 75 mm. de longueur. La taille n'a pas augmenté depuis l'an dernier ($1^m,65$), mais le poids est de 5 kilogrammes en plus (64 kil.) (janvier 1886). Au *dynamomètre* 55 des deux côtés.

1886. 19 *janvier*.— C... avoue avoir *volé* 25 francs à ses parents, lors de sa dernière sortie et les avoir dépensés avec des amis et des femmes.

4 *février*. — C... se plaint de faiblesse générale et de maux de tête; remis après quelques jours de repos.

24 *juin*.— Il travaille à la cordonnerie où on est content de lui, et va à l'école des adultes[1]. Son caractère devient meilleur, il est poli; pas de plaintes, ni d'impulsions.

1er *décembre*. — C... s'est piqué il y a quatre jours avec une alène, à la partie supérieure et externe de la jambe gauche.

2. — *Plaque érysipélateuse* s'étendant depuis la plaie jusqu'à la partie moyenne du mollet. Inappétence.

4. — La jambe est très enflée; la rougeur érysipélateuse qui a disparu au-dessus du genou, s'étend de la partie supérieure du creux poplité jusqu'au tiers inférieur de la jambe. Douleurs vives la nuit avec élancements. La palpation est très douloureuse au niveau de la saphène externe, surtout vers la malléole externe; langue sale, anorexie, nausées. Pouls rapide. — *Traitement* : application d'onguent mercuriel; eau-de-vie allemande 15 grammes; sirop de morphine; sulfate de quinine.

6. — P. 88. Aspect général meilleur, C... mange avec assez d'appétit. La jambe est tuméfiée; l'empâtement s'est étendu de haut en bas. La peau a toujours une teinte érysipélateuse, pas de bourrelet; phlyctène. La jambe est moins douloureuse; à la palpation, sensation de fausse fluctuation. Deux incisions sont faites à la partie interne et à la partie externe de la jambe jusqu'à l'aponévrose. Il ne sort pas de pus; mais le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré, dur, lardacé. Pansement phéniqué.

7. — La température est toujours élevée. L'état général reste le même. On trouve un peu de pus dans la partie interne de la plaie qu'on fait sourdre par la pression. Le pus siège évidemment sous l'aponévrose celle-ci est incisée et laisse écouler une grande quantité de pus. Drainage; pansement phéniqué.

10. — Pas de fièvre, la douleur a disparu, la peau ne se recolle pas.

12. La fièvre reparaît ainsi que la douleur de la jambe. Rougeur et douleur à la pression au niveau du creux poplité. Issue abondante de pus.

14. — Fièvre. Etat général mauvais. Douleurs vives et empâtement au niveau du creux poplité.

15. — On chloroformise le malade, le sommeil se produit facilement sans période d'excitation. On constate qu'il existe un clapier rempli de pus au niveau du creux poplité, et un décollement se dirigeant en bas vers le tiers inférieur de la jambe, profond et

[1] J'avais alors organisé des cours pour les *épileptiques adultes* (B.).

long de 25 centimètres environ. On fait une contre-ouverture au niveau du premier, mais on ne peut le faire pour le second, qu'on se borne à drainer. Au bout de vingt-cinq minutes, le malade se réveille. Il est loquace, parle avec vivacité et même une certaine éloquence. Il demande qu'on l'achève « pour qu'il puisse aller rejoindre ses vieux camarades, dont il a vu la tête au musée, etc. ».

23. — Un peu de diarrhée, coliques assez violentes. Potion avec extrait thébaïque.

26. — Guérison complète du *phlegmon de la jambe.*

1887. *Janvier.* — A l'école, C... devient plus docile. Il travaille assez bien à la cordonnerie. Il est toujours emporté mais plus poli. *Poids :* 64 kil. 200 ; *taille :* 1m,675.

Puberté : Moustache assez fournie, duvet assez abondant sur les joues; bouquet de poils de chaque côté du menton. Poils moyennement abondants sous les aisselles; poils très rares autour des seins. Rien sur la poitrine ni sur le ventre. Poils longs, châtains, bouclés, abondants sur le pénil et à la racine des bourses. Quelques-uns seulement sur les aines et à la partie supérieure des cuisses. Verge: circonférence 95 millimètres; longueur 95 millimètres. Gland découvert. Testicules du volume d'un petit œuf de poule. Poils assez abondants à l'anus et à la partie inférieure des fesses.

Février. — Quoique étant aux adultes, il continue à venir travailler à l'atelier de cordonnerie des enfants. Le 5 *avril* il quitte son atelier dans l'après-midi, vers une heure et demie, et entraîne le petit Via... dans les cabinets et le déculotte. Il y a quelques jours, il a fait des propositions du même genre à un autre enfant. Ces *impulsions génésiques* ne s'étaient pas manifestées depuis longtemps. Il cherche le plus possible à rester avec les enfants; mais il ne se précipite plus sur eux comme autrefois, pour les embrasser jusqu'à les mordre aux joues et au cou.

21 *avril.* — M. Féré, qui a pris le service des adultes au mois de février, renvoie C... Il revient nous voir à ce moment, il cherche à s'occuper non comme cordonnier, mais comme homme de peine.

Puberté. — Moustaches fines, assez fournies; un bouquet de poils de chaque côté du menton; duvet peu abondant aux joues. Poils moyennement abondants sous les aisselles; une dizaine autour des mamelons. Rien sur la poitrine ni sur le ventre. Poils longs châtains, bouclés, abondants sur le pénil et à la racine des bourses; quelques-uns seulement sur les aines et à la partie supérieure des cuisses. La circonférence de la verge et sa longueur sont de 95 mm. Gland découvert. Bourses rétractées. Testicules du volume d'un petit œuf de poule. Poils assez nombreux à l'anus et à la partie inférieure des fesses.

6 *juillet.* — Nous voyons la mère du malade; elle nous raconte

que son fils n'a pu rester à la caserne où son père est maréchal des logis, parce qu'on l'en avait expulsé jadis (à quatorze ans). Elle l'a placé chez sa sœur à Montreuil; il faisait les commissions de sa tante. Il lui arrivait parfois de refuser de se lever et de l'aider aux soins du ménage. Il battait les poules, les enfermait dans la cave, adressait des injures à sa tante. Il avait là deux cousines, l'une de vingt, l'autre de vingt-un ans, il n'a pas essayé d'avoir des rapports avec elle, et il n'a pas même, dit-il, été tenté d'en avoir. Celles-ci le craignaient, le fuyaient, car il les insultait. Il cachait les objets appartenant à sa tante, pour le plaisir de la faire chercher. Une de ses cousines a prétendu qu'il lui avait volé une bague, ce qu'il nie formellement. Cette histoire l'aurait fait renvoyer par sa tante. Cette dernière a dit à sa mère, qu'il passait son temps fréquemment dans le bois de Vincennes, et elle croit qu'il était accompagné d'une femme. Quant à lui, il nie ce fait, et prétend qu'il allait dans les bois pour lire, dessiner, et qu'il était toujours seul.

De Montreuil, il est revenu à Paris; sa mère a tenté de le garder près d'elle, essayant en même temps de le placer. Dans toutes les maisons de cordonnerie, où l'avait envoyé son chef d'atelier de Bicêtre, il n'a pu entrer, car il n'avait pas les capacités proportionnées à ses prétentions [1]. Il a ensuite cherché une place de garçon marchand de vins; il a échoué, parce qu'il n'avait pas de certificat; il en a été de même pour des emplois de courtier, d'homme de peine. D'après sa mère, on ne peut lui confier aucun paquet, il l'oublie, où le laisse sur un banc, ou sur l'omnibus. Elle prétend qu'en trois ou quatre endroits, où il a été présenté pour faire des courses, on en a pas voulu, « quand on a vu la façon dont il tourne les yeux ». Pendant tout ce temps il est allé plusieurs fois avec des femmes. Il nous dit lui-même : « Quand je suis libre, que j'ai de l'argent, je vais avec des femmes; mais quand je suis renfermé, je suis porté pour les petits garçons. Néammoins, cette excitation a bien diminué. » Pourtant sa mère nous dit qu'il embrasse toujours violemment les enfants.

Sa mère se décida à l'envoyer à l'Orphelinat de Saint-Fiacre, près de Meaux, où on le prit à l'essai, pour le faire travailler à la terre. Le directeur en avait fait un moniteur, et lui avait confié vingt enfants, il s'est fait masturber par trois ou quatre d'entre eux, mais il nous assure n'avoir pas essayé de se livrer sur eux, à des actes de pédérastie. Les enfants questionnés ont fait des aveux, et il a été renvoyé le 26 juin. Depuis ce temps sa mère le loge dans une petite chambre de la rue Geoffroy-Lasnier. Il se

[1] Il est difficile de faire comprendre aux parents que leurs enfants, étant des malades, sont au-dessous des apprentis ordinaires. De là, des obstacles à leur placement.

lève tard, sous prétexte qu'il est fatigué, et il ne fait rien ; il reste dans les escaliers, sans se préoccuper s'il gêne le passage, ce qui fait crier les voisins; ou bien il s'assied sur le trottoir, rassemble des enfants autour de lui. Il nie ce fait, et nous assure ne s'être porté sur aucun enfant à des « actes malpropres », mais il aime toujours à les embrasser. Sa mère craint qu'il ne se rende coupable de quelque délit contre les mœurs. La logeuse trouve qu'il est malade, indolent, et que souvent il répond d'une façon incohérente. Il ne fait rien, cherche de l'ouvrage, aux Halles, à la voirie, au débardage, dans plusieurs hôpitaux, et ne peut rien trouver. Son linge est toujours taché, dit sa mère; si on lui en fait la remarque, il répond qu'il ne peut faire autrement. Il est insolent, grossier à la moindre observation.

Il porte quelques ganglions indurés dans les aisselles et dans les aines, et quelques taches pigmentées à la région lombaire gauche. *Taille* : 1 m 67 ; *poids* : 60 kilogrammes.

11 *juillet*. — Rentre à Sainte-Anne d'où il est envoyé le 13 *juillet* dans le service de M. Féré, à Bicêtre.

4 *août*. — Mis en liberté. Pendant son séjour dans le service de M. Féré, il a été soigné pour une *blennorrhagie*.

13 *octobre*. — Depuis son départ de Bicêtre, il a remplacé un de ses amis, garçon de magasin chez un teinturier, pendant trois semaines. A partir de là il travaille aux Halles, où il fait des corvées. Il arrive à gagner de 1 franc 50 à 3 francs. L'après-midi, il « camelotte », vend des épingles, des indicateurs. Il n'a pas essayé de continuer son métier, on ne trouve rien : dit-il. Il n'a pas tenté de se livrer à des actes de pédérastie, ni de se faire masturber par des enfants. Il va souvent avec des femmes « pour trente sous, pour un demi-setier quelquefois ». Il n'est pas assez bon ouvrier, pour exercer le métier de cordonnier, et « je n'ai, dit-il, d'autre certificat que celui de sortie de Bicêtre ».

Réflexions. — I. — L'*hérédité* nous paraît pouvoir être invoquée avec raison : du côté paternel nous trouvons l'*alcoolisme* et l'*idiotie* compliquée d'*épilepsie;* du côté maternel, le *nervosisme* et l'*aliénation mentale*. Notons aussi la mort par *convulsions* de plusieurs frères et sœurs.

II. — Dans les antécédents personnels, nous devons relever en premier lieu l'impression pénible et persistante éprouvée par sa mère durant la grossesse et occasionnée par la vue d'une parente idiote et épileptique. C'est là une cause dont l'influence est difficile à apprécier, mais que nous avons soin de toujours mentionner dans nos observations, espérant pouvoir plus tard faire la part de la réalité et de l'exagération. Notons ensuite une

hémorrhagie abondante du cordon, l'incontinence d'urine jusqu'à quatre ans et celle des matières fécales jusqu'à douze ans.

III. — C'est à partir de son envoi à l'école qu'on s'aperçut que son intelligence n'était pas aussi développée que celle des enfants de son âge. Il apprit difficilement à lire et à écrire; sa turbulence, ses taquineries, ses grimaces, ses contorsions, le font renvoyer successivement de plusieurs écoles. On ne se rendait pas compte qu'il était malade. Il en fut de même d'ailleurs à l'Ecole d'enfants de troupes où l'on attribuait son incontinence des selles à sa malpropreté volontaire. Pour l'en corriger, on exerça sur lui des sévices blâmables, pratique malheureusement trop fréquente et qui n'a d'autre résultat que d'aggraver l'état mental.

IV. — Placé à quatorze ans en apprentissage, son instabilité mentale devint de plus en plus évidente : il fut renvoyé successivement de plusieurs maisons. Au lieu de le faire soigner, ses parents le mirent en correction. C'est là une mesure qui ne devrait être prise qu'après réflexion et après un examen médical sérieux. Si les médecins de ces établissements examinaient avec soin cette catégorie d'enfants, ils s'apercevraient bien vite qu'ils ont affaire à des malades et ne les garderaient pas en prison, mais les feraient diriger sur les hôpitaux spéciaux. Ajoutons qu'à son imbécillité et à son instabilité mentale, se joignaient des troubles psychiques consistant en des interprétations erronées : il s'imaginait qu'on se moquait de lui. Rappelons en passant que, à une époque, vers douze ans, il fut atteint de crises convulsives qu'un médecin aurait qualifiées d'épileptiques. Jamais ses parents ni nous-mêmes, durant son séjour à Bicêtre n'avons constaté d'accidents comitiaux. En revanche, nous avons observé assez fréquemment de violents accès de colère.

V. — Les accidents dont nous venons de parler et la perversion des instincts sur laquelle nous allons revenir tout à l'heure étaient compliqués de stigmates physiques multiples que nous nous bornerons à énumérer : Nystagmus, tremblement des paupières et des mains, irrégularité de la voûte palatine qui est ogivale à un degré prononcé, vice de la prononciation (zézaiement), malformation des organes génitaux (hypospadias).

VI. — Nous devons tout particulièrement insister sur les impulsions génitales très accusées chez ce malade. De bonne heure il se livra à l'onanisme, et essaya d'avoir des rapports

avec des petites filles, puis il excita les autres enfants à se livrer à la masturbation personnelle ou réciproque. Pendant son séjour à Bicêtre, nous avons observé des périodes de calme et des périodes durant lesquelles ces impulsions devenaient violentes. Alors il cherchait sans cesse à attirer les autres enfants vers lui, à les toucher, à se faire toucher, àpratiquer sur eux la pédérastie, les embrassant sur la bouche, leur mordant le cou. Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant qu'il ait été une des premières victimes de l'infirmier pédéraste qui lui communiqua la syphilis.

Il ne s'agit pas ici d'une véritable inversion du sens sexuel. En effet, contrairement aux malades types de cette catégorie, avant son entrée à Bicêtre et après sa sortie, il rechercha les femmes et vola de l'argent à ses parents pour avoir des rapports avec elles et contracta même une blennorrhagie.

VII. — Nous avons cru devoir réunir dans le tableau suivant le développement du poids et de la taille de notre malade, de 1881 à 1888.

1881.		*Poids*	44k700	*Taille*	1m48
1882.	Janvier.	—	47.	—	1, 52
	Juin.	—	51, 800	—	1, 55
1883.	Janvier.	—	52, 800	—	1, 59
	Juin.	—	57, 900	—	1, 60
1884.	Janvier.	—	60, 900	—	1, 63
	Juin.	—	58, 700	—	1, 64
1885.	Janvier.	—	60, 300	—	1, 65
	Juin.	—	59.	—	1, 65
1886.	Janvier.	—	64.	—	1, 65
	Juin.	—	63.	—	1, 67
1887.	Janvier.	—	64, 200	—	1, 675
	Juin.	—	63, 500	—	1, 68
1888.	Août.	—	60.	—	1, 68

Nous avions pris, à la Salpêtrière, l'habitude de noter le poids et la taille des malades; nous avons continué cette pratique depuis notre arrivée à Bicêtre en 1879. Le tableau qui précède montre l'intérêt de ces recherches. Nous avons procédé de même en ce qui concerne le développement de la puberté et de la tête, mais comme ces recherches, pour être vraiment utiles, ont besoin d'être poursuivies jusqu'au développement complet des malades, nous attendrons encore quelque temps, avant d'en publier les résultats.

APPENDICE

I.

RAPPORT SUR L'ORGANISATION D'UN CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE MÉDECINS ADJOINTS DES ASILES D'ALIÉNÉS, au nom de la Commission spéciale composée de MM. BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, député de la Seine, président; DONNET, médecin directeur de l'Asile de Vaucluse, et GIRAUD, médecin directeur de l'Asile St-Yon[1].

Monsieur le Ministre,

Par un arrêté en date du 6 mars dernier, et conformément à un avis du Conseil des inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance et des asiles d'aliénés, vous nous avez chargés d'étudier le meilleur mode de concours à organiser pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés. La commission s'est réunie le samedi 17 mars. Elle a pris connaissance aussitôt après son installation par M. Monod, directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance, des documents mis à sa disposition par l'Administration et elle a retenu comme base de sa discussion le rapport fait au Conseil des inspecteurs qui l'accompagne. Elle n'avait pas à se préoccuper de la question de principe, c'est-à-dire du recrutement des médecins adjoints par le concours, puisque ce mode de recrutement est admis dès maintenant par vous. C'est en effet le meilleur moyen d'apprécier l'intelligence et les connaissances des candidats. Il y a longtemps d'ailleurs que le Conseil général de la Seine en a réclamé le rétablissement pour le recrutement du personnel médical de ses asiles. Nous disons le rétablissement et non pas l'institution, car le Concours a existé jusqu'en 1859 pour les quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière qui ont constitué durant une longue période les seuls asiles consacrés aux aliénés dans le département. Le Concours, supprimé par l'Empire, a été rétabli en 1879 par M. Herold, préfet de la Seine, pour ces deux établissements. De plus, M. Herold avait ultérieurement décidé que la place de médecin adjoint de l'Asile clinique (Sainte-Anne) serait donnée à la suite d'un Concours analogue à celui des médecins des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. Il n'avait pas voulu étendre ce mode de nomination au recrutement des médecins

[1] Afin de dégager notre responsabilité au sujet de l'arrêté ministériel qui fixe les conditions du concours pour les places de médecins adjoints dans les asiles, nous publions le rapport que nous avons été chargé de faire sur cette réforme.

en chef de Sainte-Anne[1], Vauclnse et Ville-Evrard, malgré son vif désir, parce que la question était soumise à l'étude de la *Commission ministérielle chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les asiles d'aliénés.* Le cinquième groupe de cette commission, ainsi que le rappelait M. Regnard, avait formulé ce vœu que les médecins adjoints et les médecins en chef des asiles fussent nommés au concours[2].

Ceci rappelé, voyons comment il convient d'organiser le concours. Les uns ont proposé de faire un concours central et unique pour toute la France; les autres de faire des concours régionaux, et en particulier de faire un concours spécial pour les asiles du département de la Seine. Le Conseil des inspecteurs généraux s'est rallié au Concours régional. Voici, d'après le rapport de M. Regnard, les raisons qui ont motivé la décision de ce Conseil:

« La première condition pour rendre le con cours efficace, dit-il, est évidemment de s'assurer un nombre suffisant de candidats. Or, un examen rapide de la question en fait apercevoir de suite toutes les difficultés. Etablir à Paris le siège du Concours pour tous les départements, en distribuant les candidats heureux de Lille à Marseille et de Paris à Nancy, suivant les vacances, paraît d'abord une tentative bien risquée. D'une façon générale, et en mettant à part les hommes qui ont l'ambition de faire leur chemin à Paris, les médecins désireux d'entrer dans les asiles tiennent à rester, sinon dans leur département d'origine, au moins dans une localité qui n'en soit pas trop éloignée. Et, comme les places vacantes ne seraient pas déterminées dans le système d'un concours central et unique, beaucoup de jeunes gens seraient certainement détournés de l'idée de concourir par la crainte d'être envoyés à cent lieues de leur pays. On ne peut songer d'autre part à instituer le concours par département : il est trop certain que dans beaucoup de cas, les candidats ne se présenteraient qu'en nombre insuffisant.

« Pris entre les difficultés d'un Concours central et unique, et l'impossibilité du système par département, vous avez pensé avec moi, Messieurs, que *l'établissement d'un Concours par région* pouvait résoudre le problème. On prendrait pour centre des villes possédant des facultés de médecine ou des Ecoles préparatoires, comme Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux, Caen ou Rennes, Angers ou Nantes, etc. Ce serait l'affaire d'une commission spéciale de déterminer ces centres, qui, d'ailleurs, ne devraient pas être trop multipliés. »

« S'il m'était permis d'ajouter mon opinion personnelle, ajoute M. Regnard, j'émettrais le vœu que le département de la Seine

[1] Arrêté du 3 mars 1879.

[2] Bourneville. — *Rapport sur le personnel médical et administratif des asiles d'aliénés.*

formât une région à lui seul, tant en raison du nombre de ses asiles, qu'à cause de sa situation spéciale. Les objections soulevées contre cette opinion ont été réfutées d'une façon péremptoire, à mon avis, par le Dr Bourneville, dans le rapport auquel je faisais allusion plus haut. »

« On a objecté, dit-il, la crainte de créer une oligarchie médicale et aussi celle d'éloigner plutôt les jeunes médecins de la spécialité des maladies mentales. Mais cette oligarchie médicale existe dès maintenant pour les médecins des hôpitaux de Paris, pour les médecins des hôpitaux et les professeurs des facultés de médecine de toutes les grandes villes. Cette suprématie d'ailleurs est juste, puisqu'elle repose en général sur la valeur scientifique démontrée par des Concours répétés et par des publications souvent nombreuses. Loin d'éloigner les candidats, le Concours spécial en créerait, car beaucoup d'internes des hôpitaux qui se font inscrire pour le Concours de médecins ou de chirurgiens se dirigeraient sur celui des asiles, et cela parce qu'ils pourraient demeurer à Paris ou dans le voisinage, et rester dans le courant scientifique, tandis qu'ils ne prendront jamais part à un Concours qui aurait pour conséquence, s'il se termine en leur faveur, de les éloigner pour longtemps des asiles de la Seine [1]. »

« Dans tous les cas, messieurs, reprend M. Regnard, si l'on n'accepte pas la spécialisation de la Seine, en raison du caractère insolite que pourrait avoir cette mesure en apparence, vous serez certainement d'accord avec moi, pour reconnaître qu'on ne peut joindre aux asiles de ce département, pour former la région dont il sera le centre que les deux établissements les plus rapprochés, ceux de Clermont et d'Evreux. »

La discussion s'est engagée sur le premier article de l'Avis du Conseil des inspecteurs, article ainsi conçu :

« Le Concours devrait être établi par régions, en prenant pour centre de chacune d'elles soit une faculté, soit une Ecole préparatoire de médecine. »

M. Donnet, après avoir rappelé que, suivant le nouveau projet de loi sur les aliénés, adopté par le Sénat, les médecins adjoints seront nommés sur une liste de présentation dressée à la suite d'un concours public, déclare qu'on pourrait peut-être, dans l'intérêt de l'étude des maladies mentales dans les Facultés de province, organiser au siège de ces facultés, un concours pour les places de médecins adjoints vacantes dans les asiles du ressort de chacune de ces Facultés. Il écarte les écoles préparatoires. Enfin,

[1] *Rapport sur l'organisation du personnel médical et administratif des asiles d'aliénés*, présenté à la Commission chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les asiles d'aliénés, par Bourneville (1885).



il estime que les médecins adjoints d'une région pourront être nommés médecins en chef ou médecins directeurs dans toutes les autres régions.

M. Giraud est partisan d'un concours unique pour toute la France. Il croit que l'objection tirée de ce que les candidats pourraient reculer devant les frais d'un déplacement, lorsqu'ils résident loin de Paris ne lui paraît pas fondée. En pratique, les jeunes docteurs qui désirent devenir médecins d'asile ne se contentent pas de faire une demande écrite; ils viennent faire des démarches à Paris. En second lieu, il soutient avec M. Donnet que l'avancement des médecins adjoints ne devrait pas être limité à la région dans laquelle ils ont été nommés. « Il n'y a pas lieu, dit-il, de tenir compte des circonscriptions pour la nomination des chefs de service, car ce serait créer des inégalités parmi les médecins adjoints. » On serait même amené à retarder l'avancement des uns au profit des autres moins méritants, si le hasard veut que des vacances aient lieu dans telle ou telle région, et l'on produirait ainsi du découragement.

Il y a dans les asiles des postes de début pour les chefs de service. Ce sont les asiles de médiocre importance et loin des grands centres de population. Si l'on supprime le roulement des chefs de service au début de leur carrière, on nuira au bon recrutement des médecins aliénistes, parce que ceux qui acceptent volontiers une résidence peu agréable avec la perspective d'avoir un poste plus important quand ils auront acquis de l'expérience et fait leurs preuves se récuseront s'ils doivent passer toute leur carrière dans ces postes qui sont aujourd'hui des postes de début. Ces asiles ne seront plus demandés que par des médecins ayant des intérêts dans le pays, et souvent n'ayant pas réussi à avoir une clientèle. »

M. Bourneville a insisté vivement en faveur d'un concours régional. C'est un excellent moyen d'exciter l'émulation au sein de chacune des Facultés, sans compter qu'on est ainsi assuré d'avoir des candidats en nombre suffisant. Beaucoup d'anciens internes des hôpitaux de Paris, de Lyon, de Bordeaux, etc., prendront part à des concours qui ont lieu sous les yeux de leurs maîtres, de leurs camarades, et qui leur permettront de rester dans le voisinage de leur pays.

Beaucoup d'anciens internes des hôpitaux hésiteront à prendre part à des concours qui les exposent à aller comme médecins adjoints à l'autre extrémité de la France. L'institution du concours et sa spécialisation par régions auront pour résultat d'élever le niveau du corps médical des asiles d'aliénés.

A la suite de cette discussion, la commission a voté les résolutions suivantes :

Le concours pour les places de médecins adjoints des asiles d'alié-

nés de France devra être établi par régions, en prenant pour centre de chacune d'elles les villes qui possèdent une Faculté de médecine de l'Etat.

Les candidats devront être docteurs en médecine de l'une desdites Facultés de l'Etat et de nationalité française. Ils seront admis à concourir dans toutes les régions, suivant leur convenance.

Les médecins adjoints pourront être nommés médecins en chef ou médecins-directeurs dans toute la France.

La Commission a ensuite examiné s'il y avait lieu de faire un concours spécial pour les asiles du département de la Seine, en raison du nombre et de l'importance des asiles qu'il renferme, ou si, conformément à l'avis du conseil des inspecteurs, « on ne devra joindre au département de la Seine, pour la région dont Paris sera le centre, que les deux établissements les plus rapprochés, ceux de Clermont et d'Evreux ».

M. Bourneville a rappelé les raisons qu'il avait données autrefois en faveur d'un concours spécial pour les asiles du département de la Seine : *Multiplicité des asiles* (Bicêtre, la Salpêtrière, Sainte-Anne, Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif, sans compter la création d'un second asile sur le domaine de Ville-Evrard); *population considérable des aliénés* (plus de 10,000); *candidats nombreux* fournis par l'internat des hôpitaux et l'internat des asiles; *nécessité de relever l'enseignement scientifique* de la médecine mentale à Paris et d'avoir dans les asiles d'aliénés un personnel instruit et aussi capable que celui des hôpitaux. Il a ajouté que si, conformément à l'article 3 de la loi du 10 janvier 1849, l'administration de l'Assistance publique avait conservé la tutelle des aliénés, elle aurait procédé pour la nomination des médecins de Sainte-Anne, Ville-Evrard et Vaucluse, comme elle l'a fait pour les médecins des quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière et que les chefs de service de ces asiles seraient médecins des hôpitaux comme l'étaient ou le sont : MM. Trélat, Archambault, Baillarger. Delasiauve, Moreau (de Tours), J. Voisin, Bourneville, Charpentier, Deny, Ch. Féré, Séglas et Chaslin.

Cette opinion avait été soutenue énergiquement par M. Herold, devant la commission ministérielle. Il avait signalé la nécessité d'avoir dans les asiles d'aliénés de la Seine des chefs de service dans la force de l'âge et capables par leurs travaux scientifiques de contribuer à la bonne renommée de la Faculté de médecine de Paris.

Ces raisons n'ont pas été acceptées dans leur intégrité par la majorité de la commission. Mais elle a été unanime pour admettre que, dans l'intérêt de l'enseignement, il y avait lieu de demander un concours spécial pour la nomination des médecins

aliénistes chefs de service dans les asiles les plus voisins de chacune des Facultés, c'est-à-dire :

Pour Paris, les asiles de Sainte-Anne, Bicêtre et la Salpêtrière;

Pour Bordeaux, l'asile de Bordeaux ou du Château Picon ;

Pour Montpellier, le quartier des aliénés de l'hospice Saint-Eloi ;

Pour Nancy, l'asile de Maréville.

Il a été convenu aussi que les conditions de ce concours seraient équivalentes, autant que possible, à celles des concours pour le recrutement des médecins ordinaires des hôpitaux. A Paris, par exemple, les conditions pour les places des médecins, chefs de service de l'Asile clinique (Sainte-Anne) seraient les mêmes que celles qui ont été établies pour les concours des médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière, lesquelles sont calquées sur les conditions du concours des médecins des hôpitaux. Il va de soi que les médecins de Bicêtre, de la Salpêtrière et de Sainte-Anne, nommés au concours, auront la faculté de choisir leurs services, comme les médecins des hôpitaux, et au fur et à mesure des vacances et jouiront des mêmes prérogatives. Il en est de même pour les Facultés de province où il y avait deux asiles. La Commission pense que, de cette façon, on exciterait l'émulation des médecins adjoints et on rendrait d'incontestables services à l'enseignement de la médecine mentale[1].

La Commission a ensuite abordé l'examen des conditions spéciales du concours et elle a adopté les résolutions ci-après :

Un concours sera ouvert, au chef-lieu de la région, toutes les fois que le nombre des places vacantes ou des vacances à prévoir sera de deux au moins. Le nombre des places données sera supérieur d'une à celui des places vacantes.

Cette proposition subsidiaire a été adoptée à la suite de remarques présentées par M. Giraud, au sujet des inconvénients que peut présenter, pour le service, la vacance prolongée d'un poste de médecin adjoint dans les asiles où il n'y a qu'un médecin de ce grade. Dès que le médecin disponible serait placé et qu'il se produirait une vacance, on procéderait à un concours pour deux places. Le premier médecin nommé occuperait la vacance et le second resterait à la disposition de l'administration.

L'avis du conseil des inspecteurs porte « que le jury désigné par M. le ministre de l'intérieur se composera de médecins en chef des asiles et d'un inspecteur général des établissements de bienfaisance, » et il ajoute que « un professeur de la Faculté ou de l'Ecole préparatoire de médecine, suivant le cas, pourra être désigné aux lieu et place d'un des médecins des asiles d'aliénés » et que les juges seraient au nombre de cinq.

[1] Le jury du concours des médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière se compose de trois médecins ordinaires des hôpitaux et de quatre médecins aliénistes tirés au sort.

La Commission a été unanime pour modifier cet article, ainsi qu'il suit :

« *Le jury sera composé : 1° de trois médecins en chef des asiles de la région ; — 2° d'un inspecteur général, docteur en médecine ; — 3° d'un professeur désigné par la Faculté de médecine ; — 4° d'un juge suppléant. — Les médecins en chef et le juge suppléant seront tirés au sort parmi tous les médecins en chef des asiles de la région.*

L'avis des inspecteurs généraux indique qu'il y aura deux épreuves : 1° une question écrite, éliminatoire dans le cas où le nombre des candidats serait supérieur à trois pour une place ; 2° une épreuve orale, comprenant : *a*) une question de pathologie interne ou externe ; — *b*) une question portant sur la pathologie mentale et la médecine légale des aliénés.

La Commission a été unanime à modifier ainsi cet article :

Les épreuves seront au nombre de quatre : 1° une question écrite, portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures au candidat. Le maximum des points sera de trente;

2° *Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes pour la dissertation. Le maximum des points sera de vingt. Cette seconde épreuve sera éliminatoire dans le cas où le nombre des candidats serait supérieur à trois pour une place ;*

3° *Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition. L'un des deux malades devra être examiné plus spécialement au point de vue médico-légal. Le maximum des points sera de trente.*

La plupart des concours actuels présentent une lacune regrettable et sur laquelle nous avons souvent appelé l'attention. C'est qu'on n'y tient aucun compte des travaux antérieurs des candidats. Aussi ne pouvons-nous qu'approuver l'innovation que demande l'avis du Conseil des inspecteurs. Sur ce sujet, la Commission s'est arrêtée à la rédaction suivante :

4° *Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés et appréciés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. Le maximum des points sera de dix. Ils devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.*

La Commission a pensé que le concours pour les places de médecins adjoints devrait être supérieur aux concours habituels de l'internat et qu'il était indispensable de se rendre compte si les candidats avaient étudié non seulement la pathologie mentale, mais encore et surtout la clinique mentale.

Tel est, monsieur le Ministre, le résultat des travaux de la Commission que j'ai été chargé par elle de vous transmettre. Elle espère que vous accepterez les propositions qu'elle vous soumet et que, dans un délai très rapproché, vous voudrez bien organiser le concours pour le recrutement des médecins adjoints de tous les asiles de France et un concours spécial pour les places de médecins-chefs de service dans les asiles d'aliénés, situés dans le voisinage des six Facultés de médecine de France.

La Commission s'est réunie le mercredi, 9 mai, pour entendre la lecture du rapport qui précède. Elle en a approuvé les termes et en a adopté toutes les conclusions que nous reproduisons ci-après.

CONCLUSIONS.

I. — Le concours pour les places de médecins adjoints dans les asiles d'aliénés de France, devra être établi par régions, en prenant pour centre de chacune d'elles, les villes qui possèdent une Faculté de médecine de l'Etat. Les candidats devront être docteurs de l'une desdites Facultés de l'Etat et de nationalité française. Ils seront admis à concourir dans toutes les régions, suivant leur convenance.

II. — Les médecins adjoints pourront être nommés médecins en chef ou médecins-directeurs dans toute la France.

III. — Il sera installé un concours pour la nomination des médecins aliénistes chefs de service dans les asiles les plus voisins de chacune des Facultés, c'est-à-dire pour Paris, les asiles de Sainte-Anne, Bicêtre et la Salpêtrière ; — pour Lyon, l'asile de Bron; — pour Bordeaux, l'asile de Bordeaux ; — pour Lille, l'asile d'Armentières ; — pour Montpellier, le quartier d'hospice ; — pour Nancy, l'asile de Maréville.

Les conditions de ce concours seront équivalentes à celles des concours pour le recrutement des médecins ordinaires des hôpitaux. Dans le cas où il y aurait deux asiles ou quartiers d'asile, il sera établi un roulement à l'unanimité entre tous les chefs de service nommés au concours.

IV. — Un concours sera ouvert au chef-lieu de la région toutes les fois que le nombre des places vacantes de médecins adjoints, ou des vacances à prévoir, sera de deux au moins. Le nombre des places données sera supérieur d'une à celui des places vacantes.

V. — Le jury sera composé : 1° de trois médecins en chef des asiles de la région ; — 2° d'un inspecteur général, docteur en médecine ; — 3° d'un professeur désigné par la Faculté de médecine ; — 4° d'un juge suppléant. Les médecins en chef et le juge

suppléant seront tirés au sort parmi tous les médecins en chef de la région.

VI. — Les *épreuves* seront au nombre de quatre : 1° une *question écrite* portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures au candidat. Le maximum des points sera de trente.

2° Une *question orale* portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes pour la dissertation. Le maximum des points sera de vingt. Cette seconde épreuve sera éliminatoire dans le cas où le nombre des candidats serait supérieur à trois pour une place.

3° Une *épreuve clinique* sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes d'exposition. L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal. Le maximum des points sera de trente.

4° Une épreuve sur titres. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. Le maximum des points sera de dix. Les points devront être donnés au début de la première séance de la lecture des compositions écrites.

9 mai 1888.

Le rapporteur, Bourneville.

II.

Assistance publique : les aliénés dans les hôpitaux et hospices de province.

On croirait qu'après la réforme dont Ph. Pinel a été le promoteur, après les améliorations réclamées par Esquirol, Ferrus et leurs élèves, après les transformations rendues nécessaires par la loi du 30 juin 1838, l'*assistance publique des aliénés* est parfaite. Eh bien! il n'en est malheureusement pas ainsi et il y a encore bien des réformes à opérer. Voici quelques faits à l'appui :

1° A l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry, les deux cabanons sont situés au premier étage de l'ancien bâtiment de la boulangerie, au-dessus de « l'ensevelissoir », très loin de l'hôpital et loin de tout secours. Chaque cabanon possède une demi-fenêtre et une porte munie de deux forts verrous et percée d'un judas. Dans l'un des cabanons, sont disposés quatre montants en bois avec traverse, servant à recevoir une paillasse ; dans l'autre il y a un lit en fer, mobile. Les aliénés sont conservés *quinze* jours et quelquefois davantage. Les médecins de l'hôpital se plaignent d'autant plus vivement de cet état de choses qu'il n'y a personne pour garder ces malades.

2° L'Hôtel-Dieu d'Epernay dispose de deux cabanons, sans surveillance, éclairés par une ouverture pratiquée dans le toit, rappelant la forme d'une cheminée et dont la porte est munie de verrous et de barreaux. La fenêtre qui existait dans chaque cellule a été supprimée à la suite de la pendaison d'un aliéné. On envoie les malades au bout de deux ou trois jours, rarement plus, à l'asile de Châlons.

3° La Maison des vieillards et des orphelins de Lunéville possède deux cellules, situées dans un petit bâtiment de la basse-cour, contiguës d'un côté à la porcherie, de l'autre à la salle des morts, loin de toute surveillance. Ces cellules ont été construites en 1885-1886. Les malades sont gardés 4, 5 ou 6 jours.

4° A l'hôpital civil et militaire de Saint-Dié, le *cabanon* unique est placé dans un petit bâtiment isolé situé dans un coin du clos, à côté d'un ancien cabanon transformé en salle d'autopsie. Le malade y est abandonné à lui-même. Le cabanon a une porte pleine, sans judas, et est éclairé par une toute petite fenêtre munie de barreaux, percée immédiatement au-dessous du plafond. Les aliénés n'y séjournent que 24 ou 48 heures. Ils sont envoyés à l'hôpital d'Epinal et de là à Maréville.

5° Les trois cabanons de l'hôpital-hospice de Remiremont se

trouvent dans un petit pavillon isolé situé dans la cour de la buanderie, des chantiers et de la salle des morts. Le jour provient d'une petite fenêtre, de 20 centimètres sur 50 environ, située au voisinage du plafond. On ne peut s'en servir en hiver, parce qu'ils ne sont pas chauffés. En général, les malades sont dirigés sur l'hôpital d'Epinal au bout de deux ou trois jours. On a l'habitude, qui est loin d'être exempte de dangers, de conserver les aliénés tranquilles; nous en avons vu deux au mois de septembre dernier.

6° L'hôpital Saint-Maurice d'Epinal est doté d'un pavillon d'un étage, isolé de l'hôpital, placé dans un vaste jardin potager. Il est divisé en deux parties par un couloir et l'escalier. A droite sont les hommes et à gauche les femmes. Le rez-de-chaussée comprend les cellules avec préau extérieur, un cabinet avec baignoire, un réfectoire, le bureau des gardiens, etc. Le premier étage est divisé en deux dortoirs. Le service est fait par un infirmier et une infirmière. Le pavillon reçoit les autres aliénés des autres hôpitaux du département. On les garde durant dix à quinze jours en observation, puis on les renvoie s'ils sont guéris, ou, en cas contraire on les dirige sur Maréville.

7° A Belfort, les cabanons sont au rez-de-chaussée d'un bâtiment dont le premier étage, dans un état misérable, est consacré à une autre catégorie de malades déshérités, les vénériennes. Ces cabanons qui servent de *cachot* à ces derniers[1] sont auprès de la buanderie et séparés par une cour du reste de l'hospice. Les aliénés y séjournent deux, trois semaines, parfois un mois avant d'être envoyés à l'asile de Dôle.

8° L'hôpital de la Charité de Langres possède deux cabanons situés dans le sous-sol, à côté des bains. Les aliénés n'y resteraient pas plus d'un jour ou deux.

9° A l'hôpital Saint-Nicolas de Bar-sur-Aube, les aliénés sont logés dans deux cabanons situés dans un des bâtiments de la basse-cour où on les garde une, deux ou trois semaines avant de les envoyer à l'asile de Saint-Dizier.

10° A Troyes, les cabanons sont dans un bâtiment isolé qui leur est commun avec les vénériennes. A cause de cette disposition, la surveillance laisse moins à désirer. On les conserve huit, quinze ou vingt jours avant de les envoyer à l'asile de Saint-Dizier.

Tous ces faits montrent combien l'assistance des aliénés laisse encore à désirer et que toute trace d'emprisonnement est loin d'avoir disparu. On doit blâmer la mauvaise organisation des cabanons ou plutôt des cachots ; — leur situation dans des bâtiments éloignés du reste de l'hôpital, dans des communs, à côté d'écuries, de telle sorte que le malade est absolument en dehors

[1] Cette pratique existe dans d'autres hôpitaux.

de toute surveillance. On doit blâmer le *séjour prolongé* des aliénés dans des cabanons-cachots et parfois aussi leur transfert d'un hôpital dans un autre, alors qu'il y aurait le plus grand intérêt à diriger le malade de suite sur l'asile de la circonscription.

Pour remédier à cette triste situation, il y aurait à réaliser *trois réformes*, dont deux n'entraîneraient aucune dépense.

Le Ministre de l'intérieur peut exiger de ses préfets et sous-préfets que les malades aliénés soient transférés dans les vingt-quatre heures à l'asile départemental. On ne conçoit pas qu'avec le télégraphe qui permet d'avoir vite une réponse sur les formalités administratives et avec les chemins de fer qui existent presque partout et ont rendu les communications rapides et commodes, on abandonne les malades dans des cabanons, sans soins, sans traitement, exposés à des accidents de tout genre. Nulle difficulté non plus, au sujet de l'interdiction du transfert successif des aliénés dans deux hôpitaux : un ordre formel aux préfets et ces voyages dispendieux, et non sans périls, seraient supprimés.

Reste la transformation des cabanons en *chambres d'isolement* convenablement disposées et ne rappelant plus en rien le souvenir de l'emprisonnement. Nous estimons qu'elle pourrait s'opérer facilement par l'intermédiaire des préfets donnant des instructions précises aux maires, présidents des commissions hospitalières, aussi par l'intermédiaire des inspecteurs des établissements de bienfaisance, qui verraient comment et dans quelle mesure les prescriptions ministérielles ont été exécutées. BOURNEVILLE.

THÈSES ET MÉMOIRES DE 1888

CLOPATT (A.). — *Études sur l'hystérie infantile.* Helsingfors. 1888, 1 vol. in-4°.

PENASSE (E.). — *Contribution à l'étude des méningites chroniques et spécialement d'une terminaison fréquente chez les enfants, l'idiotie.* Thèse de Paris.

PISON (V.). — *De l'asymétrie fronto-faciale dans l'épilepsie.* Thèse de Paris.

THIBAL (J.). — *Contribution à l'étude de la sclérose tubéreuse ou hypertrophique du cerveau. (Idiotie symptomatique.)* Thèse de Paris.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

HISTOIRE DU SERVICE PENDANT L'ANNÉE 1888

I. *Situation du service, enseignement primaire* III
Enfants gâteux invalides. III
Enfants gâteux, idiots, valides. Petite école IV
Gymnastique Pichery V
Gymnastique de la parole XI
Enfants imbéciles, épileptiques, grande école. XVII
Promenades et distractions XIX
Visites, permissions de sortie, congés. XX
Vaccinations et revaccinations XXI
Service dentaire. XXI
Bains et hydrothérapie. XXI
Améliorations diverses. XXI
Visites du service XXII
Maladies épidémiques et teigne XXX
Musée pathologique. XXVI
II. *Enseignement professionnel* XXVIII
Evaluation du travail XXVIII
Progression des apprentis XXX
III. *Patronage des aliénés et en particulier des enfants idiots et arriérés*. XXXI
IV. *Statistique et mouvement de la population* XXXIV
Décès XXXV
Sorties. Evasions XXXV
Population au 31 décembre 1888. — Personnel du service en 1888 XLVII
V. *La nouvelle section* XLVII
Construction d'un nouveau pavillon de dortoirs. . . XLVIII
Construction du pavillon des cellules XLIX
VI. *L'assistance des aliénés*. LIII

DEUXIÈME PARTIE

CLINIQUE

I. Nouveaux cas d'idiotie avec cachexie pachydermique, par Bourneville. 3
II. Note statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie; de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité, par Bourneville et Courbarien 17
III. Epilepsie et asymétrie fronto-faciale, parBourneville et P. Sollier. 28
IV. Epilepsie idiopathique, par Bourneville 39
Température dans l'état de mal épileptique 52
Traitement de l'épilepsie par le bromure de nickel. 52
V. Imbécillité et instabilité mentale avec perversion des instincts; impulsions génitales, par Bourneville et A. Raoult.. 61

APPENDICE

Rapport sur l'organisation d'un concours pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles d'aliénés.. . . 79
Les aliénés dans les hôpitaux et hospices de province. . . . 88

